



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 DEL IMSS

DEPRESIÓN EN HOMBRES DE 45 A 60 AÑOS

DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

NO. 1, DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA

DESCONCENTRADA AGUASCALIENTES

TESIS

PRESENTADA POR

JUAN MIGUEL ORTIZ RODRÍGUEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

ASESORA: DRA. GEORGINA LIZETH VILLAGRANA GUTIÉRREZ

AGUASCALIENTES, AGS. A ABRIL DE 2023



AGUASCALIENTES, AGS, A MAYO 2023

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTE

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona N°1 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes.

JUAN MIGUEL ORTIZ RODRÍGUEZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado: **DEPRESIÓN EN HOMBRES DE 45 A 60 AÑOS DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1, DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA (OOAD) AGUASCALIENTES.**

Número de registro: **R-2023-101-016** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud N°101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Juan Miguel Ortiz Rodríguez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in blue ink that reads 'Carlos Alberto Prado Aguilar'.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



AGUASCALIENTES, AGS, A ABRIL 2023

**CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 AGUASCALIENTES, AGS.**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
PRESENTE**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona N°1 del Instituto Mexicano del Seguro Social del órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes.

JUAN MIGUEL ORTIZ RODRÍGUEZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado: **DEPRESIÓN EN HOMBRES DE 45 A 60 AÑOS DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1, DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA (OOAD) AGUASCALIENTES.**

Número de registro: **R-2023-101-016** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud N°101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Juan Miguel Ortiz Rodríguez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el Comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención, que sirva la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración

ATENTAMENTE

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'G. Villagrana', written over a blue line.

**DRA. GEORGINA LIZETH VILLAGRANA GUTIÉRREZ
ASESORA**



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 13/06/23

NOMBRE: ORTIZ RODRÍGUEZ JUAN MIGUEL ID 97458

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

TÍTULO: DEPRESIÓN EN HOMBRES DE 45 A 60 AÑOS DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1, DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): PERSPECTIVA DE LA SITUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA DEPRESIÓN EN HOMBRES

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumpe con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí X
No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

AGRADECIMIENTOS

Primero quiero agradecer a Dios por permitirme tener la fortaleza necesaria para afrontar los problemas que se presentaron en el transcurso de este camino, y poder finalizar mi formación de la especialidad.

A mis padres, Raquel y Miguel, por siempre impulsarme a ser mejor persona, y darme la motivación para la realización y finalización de este gran logro.

Además, a mis hermanos Lalo, Josué y Karla, por su apoyo en estos 3 años de la especialidad.

Por último, agradecer a mi asesora, la Dra. Villagrana por tener la paciencia y brindarme su conocimiento para la elaboración de esta investigación, y también al Dr. Prado, por su ayuda en este proyecto.

DEDICATORIA

A mi hermano Lalo, sé que tu partida fue muy dura, y además durante la realización de la tesis, pero después me impulsaste a acabarla, y sé que te encuentras en un mejor lugar, con Dios.



INDICE GENERAL

ACRÓNIMOS	4
1. RESUMEN	5
2. ABSTRACT	7
3. INTRODUCCIÓN	8
4. MARCO TEÓRICO	9
4.1. Diagrama de Cochrane	10
4.2. Antecedentes científicos de depresión en hombres	10
4.3. Teoría que describen a la depresión	16
4.3.1. Teorías conductuales	16
4.3.2 Disminución del refuerzo positivo	16
4.3.3 Modelo autocontrol	16
4.3.4 Modelo Nezu	17
4.3.5 Teoría cognitiva	17
4.3.6 Teoría de indefensión aprendida	17
4.3.7 Teoría cognitiva de Beck	18
4.3.8 Teoría biológica	18
4.3.9 Factores hormonales	19
5. JUSTIFICACIÓN	21
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
7. OBJETIVOS	25
7.1. Objetivo general	25
7.2. Objetivos específicos	25
8. MATERIAL Y MÉTODOS	27
8.1. Diseño de estudio	27
8.2. Universo de trabajo	27
8.3. Población de estudio	27
8.4. Población blanco	27
8.5. Unidad de observación	27

8.6. Unidad de análisis.....	27
8.7. Criterios de selección.....	28
8.7.1. Criterios de inclusión	28
8.7.2. Criterios de exclusión	28
8.7.3. Criterios de eliminación	28
8.8. Muestra.....	28
8.8.1. Tipo de muestreo.....	28
8.8.2. Tamaño de la muestra.....	28
8.9. Descripción del instrumento.....	29
8.10. Operacionalización de las variables.....	30
9. PLAN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	33
9.1. Logística	33
9.2. Análisis de datos.....	33
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
11. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	35
12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	36
13. RESULTADOS.....	37
14. DISCUSIÓN	43
15. CONCLUSIONES	46
16. RECOMENDACIONES	47
17. GLOSARIO	48
18. REFERENCIAS.....	49
19. ANEXOS	51
Anexo A. Instrumento PHQ 9.....	51
Anexo B. Carta de consentimiento informado.....	53
Anexo C. Manual operacional.....	54
Anexo D. Dictamen de aprobación del Comité Local de Investigación en Salud.....	59
Anexo E. Dictamen de aprobación del Comité de Ética.....	60
Anexo F. Carta de no inconveniente al Comité Local en Investigación	61

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Cochran..... 10

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables socio demográficas 31

Tabla 2. Recursos financieros usados en la investigación 35

Tabla 3. Cronograma de actividades 36

Tabla 4. Características de la población hombres de 45 a 60 años
derechohabientes de la UMF 1 38

Tabla 5. Síntomas para diagnóstico de depresión (PHQ-9) en hombres de 45 a 60
años derechohabientes de la UMF 1 39

Tabla 6. Puntajes del cuestionario PHQ-9 en hombres de 45 a 60 años de la UMF
1 40

Tabla 7. Depresión en hombres de 45 a 60 años derechohabientes de la UMF 1 41

Tabla 8. Presencia de depresión por grupos en hombres de 45 a 60 años 41

ACRÓNIMOS

IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
UMF	Unidad de Medicina Familiar
HGZ	Hospital General de Zona
OOAD	Órgano de Operación Administrativa Desconcentrado
PHQ	Patient Health Questionnaire
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
CES-D	Center of Epidemiological Studies of Depression Scale



1. RESUMEN

Introducción. La depresión ocupa los primeros lugares de las patologías en la población en los últimos años. Hombres de 45 a 60 años es una población poco estudiada, acude pocas veces a consulta médica, limitando el diagnóstico de depresión. Existe limitación para la comparación de las características de hombres en la detección de depresión, siendo diversos los resultados reportados en la literatura.

Objetivo. Medir la prevalencia de depresión en hombres de 45 a 60 años derechohabientes a la UMF No.1, del OOAD Aguascalientes.

Material y métodos. Estudio transversal, descriptivo. Muestra de 421 hombres de 45 a 60 años pertenecientes a la UMF 1 de Aguascalientes. Se usó el instrumento PHQ-9 para el diagnóstico y clasificación de depresión (puntuación ≥ 10 con diagnóstico de depresión). Se presentaron medianas y rangos intercuartílicos al ser una muestra con distribución no normal. Para establecer la clasificación de depresión se usaron los puntajes: 10-14 depresión leve, 15-19 depresión moderada, mayor de 20 depresión severa.

Resultados. Todos los síntomas, excepto sensación de cansancio, se encontraron presentes en menos del 50%. La puntuación de PHQ-9 fue de 3 (RIC 1-5). La prevalencia de depresión sin clasificación fue 9.7%: depresión leve 5.9%, depresión moderada 2.6%, depresión severa 1.2%. La prevalencia por grupos: 45 a 49 años 4.8%, 55 a 60 años 3.3%; casado 7.4% y soltero 1.2%; secundaria 4.3%, primaria 2.4% y nivel medio superior 2.1%; operadores de maquinaria, ensambladores y choferes 1.7%, profesionista/técnico 1.2% y trabajadores auxiliares en actividades administrativas 1.2%.

Conclusión. La prevalencia de depresión fue de 1 de cada 10 hombres de 45 a 60 años. Los síntomas depresivos se presentaron en menos de la mitad de los hombres. Los hombres <50 años son más propensos a presentar trastorno depresivo. En la escolaridad baja se incrementa la prevalencia de depresión.

Palabras clave. Depresión, síntomas depresivos, PHQ-9, cuestionarios de depresión.



2. ABSTRACT

Introduction. Depression occupies the first places of pathologies in the population in recent years. Men from 45 to 60 years old are a population poor studied, they rarely go to a medical consultation, limiting the diagnosis of depression. There is a limitation for comparison of characteristics of men in depression detection, being diverse the results reported in the literature.

Objective. To measure the prevalence of depression in men from 45 to 60 years beneficiary of FMU No. 1 of OOAD Aguascalientes.

Material and methods. Cross-sectional, descriptive study. Sample of 421 males from 45 to 60 years beneficiary to UMF 1 of Aguascalientes. The PHQ 9 instrument was used for diagnosis and classification of depression (score ≥ 10 is diagnosis of depression). Medians and interquartile ranges were presented as it was a sample with a non-normal distribution. To establish the depression classification, the scores were used: 10-14 mild depression, 15-19 moderate depression, greater than 20 severe depression.

Results. All the symptoms, except a feeling of tiredness, were present in less than 50%. The PHQ-9 score was 3 (IQR 1-5). The prevalence of depression without classification was 9.7%: mild depression 5.9%, moderate depression 2.6%, severe depression 1.2%. The prevalence by groups: 45 to 49 years 4.8%, 55 to 60 years 3.3%; married 7.4%, single 1.2%; secondary 4.3%, primary 2.4% and upper secondary level 2.1%; machine operators, assemblers and drivers 1.7%, professional/technical 1.2%, auxiliary workers in administrative activities 1.2%.

Conclusion. The prevalence of depression was 1 in 10 men from 45 to 60 years old. The symptoms presented a prevalence less than half of the men. Men <50 years old are more likely to have a depressive disorder. Fewer years of schooling increases the prevalence of depression.

Keywords. Depression, depressive symptoms, PHQ-9, depression questionnaires.

3. INTRODUCCIÓN

La depresión se ubica en el amplio grupo de trastornos mentales que día con día va en aumento por los diferentes problemas globales de carácter social y económico. Se trata de un trastorno mental frecuente que genera cambios significativos en los individuos y sus familias, convirtiéndose en un desafío para los sistemas de salud en todo el mundo (1).

Aunque a las mujeres se les diagnostica depresión con el doble de frecuencia que, a los hombres, los hombres experimentan prevalencias más altas de abuso y dependencia de sustancias y presentan más probabilidades de morir por suicidio. Se sabe que el cumplimiento estricto de las normas masculinas, determinadas por las expectativas y los estándares socioculturalmente prescritos, se asocian con peores resultados de salud mental y menor búsqueda de ayuda entre los hombres, siendo pocas las ocasiones que visitan a un médico o una unidad de atención médica. En el mismo contexto, los hombres a menudo son socializados de manera que refuerzan las normas de autosuficiencia, estoicismo y evitación de las emociones negativas. Otros factores asociados al hombre y su poca búsqueda de atención médica está el no descuidar las actividades laborales o que generan ingreso a sí mismos o al de la familia, lo que a la larga puede contribuir a las cogniciones y comportamientos que incrementan el riesgo de problemas de salud mental, incluida la depresión (2). Bajo esta perspectiva, los hombres en edad productiva se convierten en una población poco estudiada que pudiera estar desarrollando rápidamente trastornos mentales como la depresión, generando un problema de salud poco visible, pero de amplia importancia.

4. MARCO TEÓRICO

Se realizó una búsqueda sistemática de la información, utilizando los siguientes motores de búsqueda: PubMed y BVS, con los siguientes descriptores con sus sinónimos y traducciones al inglés: Depresión (Depression), Síntomas depresivos (Depressive symptoms), Cuestionarios (Questionnaire), Encuestas (Surveys), obteniendo una sintaxis en la búsqueda de la siguiente manera: ((Depressive Symptoms) (Depressive Symptom)) (Symptom, Depressive)) (Emotional Depression)) (Depression, Emotional)) ((Questionnaires and Surveys) (Survey Methods)) (Methods, Survey)) (Survey Method)) (Methodology, Survey)) (Survey Methodology)) (Community Surveys)) (Community Survey)) (Survey, Community)) (Surveys, Community)) (Repeated Rounds of Survey)) (Surveys)) (Survey)) (Questionnaire Design)) (Design, Questionnaire)) (Designs, Questionnaire)) (Questionnaire Designs)) (Baseline Survey)) (Baseline Surveys)) (Survey, Baseline)) (Surveys, Baseline)) (Respondents)) (Respondent)) (Randomized Response Technique)) (Randomized Response Techniques)) (Response Technique, Randomized)) (Response Techniques, Randomized)) (Techniques, Randomized Response)) (Questionnaires)) (Questionnaire)) (Nonrespondents)) (Nonrespondent)).

4.1. Diagrama de Cochrane

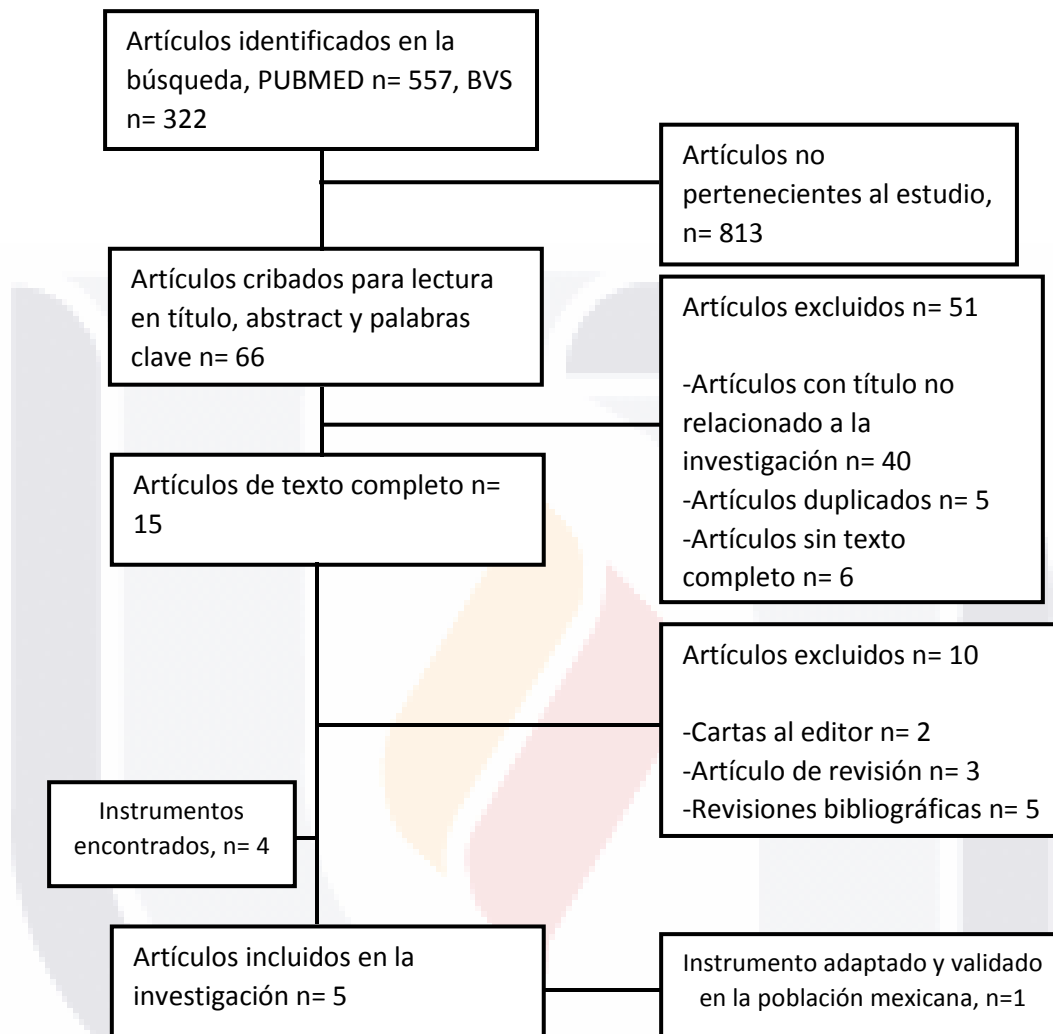


Figura 1. Diagrama de Cochrane

4.2. Antecedentes científicos de depresión en hombres

Deborah Hasin y colaboradores, en el año 2016-2017 en Estados Unidos analizaron los datos recolectados para observar la prevalencia, severidad y funcionamiento del tratamiento del trastorno depresivo mayor de acuerdo al DSM V, en la población de Estados Unidos; incluyeron a 36 309 personas mayores de 18 años, que no cuentan con seguro médico, residentes de hogares, recopilaron los datos de abril 2012 a junio de 2013, y se analizaron del 2016-2017, de acuerdo al DSM V el episodio

depresivo fue diagnosticado al presentar por 2 semanas anhedonia o desesperanza, más síntomas del criterio A (Es la presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas: 1. Estado deprimido la mayor parte del día, casi todos los días. 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días. 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o Hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días. 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para toma de decisiones, casi todos los días. 9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.). El DSM-5 no establece el número de síntomas del Trastorno depresivo requeridos para cada nivel de severidad, por lo que estos niveles fueron definidos de la siguiente manera: leve con 5 síntomas (mínimo para un diagnóstico), moderada es de 6 a 7 síntomas y severa es de 8 a 9 síntomas. La prevalencia de depresión en los 12 meses previos a la medición en la población estudiada fue de 13.4% en mujeres, y en hombres de 7.2%, de acuerdo con su etnia en personas blancas fue de 10.8%, en afroamericana fue 9.3%, en nativos americanos 15.9%, en asiáticos 6.8, y en hispanos fue de 10.0%. De acuerdo con su edad, fue de 30-44 años de 11.2%, 45-64 años de 10.7% y en mayores de 65 años fue de 5.4%. De acuerdo con su estado civil en personas casadas fue de 8.2%, en personas separadas, viudo (a) s o divorciadas fue de 13.8%, y en personas que nunca se han casado fue de 13.2%. En relación con su nivel educativo en personas con estudios mayores a bachillerato fue de 11.4%, personas con bachillerato fue de 11.0%, y en personas con algún estudio menor a bachillerato fue de 9.9%. La prevalencia de acuerdo con su ingreso de 0\$ a 19 999\$ fue de 14.1%, 20 000\$ – 34 999\$ fue de 11.4%, 35 000\$ – 69 999\$ fue de 9.9%, y en mayores de 70 000\$ fue de 7.5%. La edad de inicio del primer episodio en los últimos 12 meses es de 39.14 (SD 1.01), número de episodios en los últimos 12 meses fue de 1.48 (SD 0.05), presencia de un episodio en los últimos 12 meses fue

de 8.81 (SD 0.69), presencia de 2 a 3 episodios en los últimos 12 meses fue de 18.34 (SD 1.96), de 4 a 8 episodios 20.01 (SD 2.48), 9 a 12 episodios 14.72 (SD 2.20), 13 a 25 episodios fue 20.97 (SD 2.64), de 26 a 51 episodios en los últimos 12 meses fue de 25.96 (SD 2.70). Se observó una alta prevalencia de trastorno depresivo mayor en la población de los Estados Unidos, al igual que un alto porcentaje acudió a recibir un tratamiento, es importante estos datos debido a la repercusión económica que esto causa en todo el país (3).

Kuniyoshi Toyoshima y colaboradores en Tokio, Japón, en el año del 2017 al 2018 midieron los síntomas depresivos y las limitaciones laborales debido al presentismo, en la población de Tokio, Japón. Se incluyeron personas mayores de 20 años, que no tuvieran una enfermedad grave, no presentaran un daño cerebral orgánico y tuvieran la capacidad de estar de acuerdo en participar en el estudio, se excluyeron aquellas personas que no tenían empleo. A un total de 597 personas se les proporcionó el consentimiento informado, de las cuales 119 no completaron su cuestionario, y uno estaba desempleado, por lo tanto, al final se obtuvo una muestra de 477 personas. El instrumento utilizado para la medición de la depresión fue el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) fue desarrollado para diagnosticar y evaluar la gravedad de depresión, con validez en el idioma japonés. Se utilizó una puntuación (de 0 a 27 puntos) para el análisis en este estudio. Las puntuaciones más altas muestran niveles más altos de síntomas depresivos. Se incluyeron los datos de 477 individuos en esta investigación. La edad promedio fue de 41.11 (\pm 11.99) años, 211 (44.3%) eran hombres y 303 (64.1%) estaban casados, la media de años de educación fue de 14.72 (\pm 1.80), personas con historia psiquiátrica fueron 53 (11.1%), y con tratamiento psiquiátrico actual fueron 19 (4%), con antecedente familiar de tratamiento psiquiátrico fueron 50 (11.5%), que consumen alcohol fue de 314 (65.8%), fumadores 96 (20.1%). La puntuación media de PHQ-9 fue de 4.23 (\pm 4.30). Los resultados sugieren que las limitaciones laborales pueden predecirse no solo por los síntomas depresivos, sino también por quejas cognitivas (4).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Moon-Doo Kim y colaboradores, en el año 2004 en Corea investigaron la prevalencia de depresión y síntomas depresivos, en los residentes de la isla urbana Jeju que es la isla con mayor extensión territorial de Corea del Sur. La población de estudio consistió en 240 hogares, un total de 1050 sujetos fueron seleccionados. Los datos fueron recopilados entre abril y octubre de 2004. De los 1050 adultos que fueron muestreados, 981 encuestados completaron la entrevista, 413 fueron hombres, y 568 fueron mujeres. La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en versión coreana del CES-D se utilizó para evaluar la depresión. Esta escala consta de 20 preguntas, está diseñada para identificar la presencia de síntomas depresivos y para evaluar su gravedad. Dentro de los resultados de la investigación se encontró una prevalencia de depresión en hombres y mujeres del 9.47% y 11.36%, respectivamente. La prevalencia de síntomas depresivos en hombres fue del 15.01%, mientras que en las mujeres ascendió al 18.37%. De acuerdo a los grupos de edad, en personas de 40 a 49 años fue de 7.07%, de 50 a 59 años de 5.38%, y de 60 a 69 años fue de 10.91%. Las personas con un ingreso mensual bajo (menos de un millón de wones) fueron significativamente más propensas a tener síntomas depresivos 51 (26.42%), y las personas con un ingreso mensual de uno a dos millones de wones, se obtuvo una prevalencia de 50 (14.93%), y en que aquellos con un ingreso mensual alto (más de dos millones de wones) 41 (13.71%). Los que tenían un bajo nivel de educación (menor de 9 años) fueron significativamente más propensos a tener síntomas depresivos 26 (18.44%), que aquellos con un alto nivel educativo (de 12 años) 51 (17.71%). Personas que nunca se habían casado 59 (22.87%) presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos en comparación con personas con cónyuge 79 (13.5%), o que vivían un alto nivel de estrés 2(05.88%) a con un bajo nivel de estrés 34 (27.42%), además que presentaban mayor prevalencia las que se percibían con un bajo estado de salud 40 (27.97%) a aquellas con un buen estado de salud 37 (11.28%), al igual que las personas que no dormían bien 92 (27.38%) presentaban mayor prevalencia a las que dormían bien 64 (10.7%). Para finalizar, la prevalencia de depresión y síntomas depresivos en zonas urbanas de la isla de Jeju, es similar a la de una muestra nacional. La depresión disminuye la calidad de vida y puede

llevar a las personas a tener una visión negativa de su futuro, por lo tanto, es muy importante identificar y tratar la depresión y síntomas depresivos en una etapa temprana (5).

Carrie Leathers y colaboradores en el año de 2019 examinaron en Estados Unidos la presencia de síntomas somáticos, de ansiedad y depresión en jóvenes migrantes de 18 a 29 años, que se encuentran en los Estados Unidos. Se realizó un cuestionario a jóvenes inmigrantes de 18 a 29 años de México, Guatemala, Honduras y El Salvador, fueron reclutados en un centro de salud que atiende a personas indocumentadas, no se incluyeron a pacientes latinos nacidos en EUA. Debido a la vulnerabilidad de estos grupos, mantuvieron anonimato durante la realización del estudio. Se evaluaron los síntomas depresivos con el Cuestionario de Salud del Paciente de 8 ítems, escala de depresión (PHQ-8), con puntuación de 0 a 24, donde los puntajes más altos reflejan síntomas depresivos. De 124 personas a participar, sólo 14 declinaron para completar la encuesta, debido a la restricción del tiempo para su encuesta. Tres participantes dejaron partes del cuestionario en blanco, por razones poco claras, lo cual resulta en una muestra de estudio de 107. Dentro de la muestra personas que llevaban más de 18 años que habían emigrado a Estados Unidos fue de 33, mientras que personas que tenían 17 años o menos que habían migrado a Estados Unidos fue de 70, personas sin educación formal en Estados Unidos fue de 33, y personas con educación formal fueron 33, migrantes que habían nacido en Centroamérica fueron 40, y que habían nacido en México fueron 67, personas casadas fueron 51, personas sin pareja fueron 53. La edad promedio en años de la muestra fue de 23.9 (3.9) y la edad promedio a la que los individuos se habían mudado a los Estados Unidos fue 13.0 (8.5). De los 33 pacientes que reportaron haber recibido tratamiento previo de salud mental, la mayoría (94%) lo recibió después de emigrar a los EE. UU. La puntuación media de la escala para los síntomas depresivos del PHQ-8, fue de 5.9 (SD 5.5). Las personas que migraron a la edad de los 0 a los 17 años, la puntuación media del PHQ-8 fue de 6.8 (SD 5.9), en 18 años en adelante fue de 3.9 (SD 3.9), las personas con una educación formal en los Estados Unidos la puntuación media fue de 6.9 (SD 5.9),

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

personas sin educación formal fue de 3.9 (SD 4.0), personas que nacieron en México la puntuación fue de 6.8 (5.9), y personas que nacieron en Centroamérica fue de 4.5 (SD 4.3), personas con pareja o casadas presentaron 4.5 (SD 4.9), y personas sin pareja presentaron 7.2 (SD 5.8), los hombres presentaron una puntuación de 6.4 (SD 4.9), y las mujeres una puntuación de 5.8 (SD 5.6), donde no se observó una gran diferencia de género. Inmigrantes que llegaron a una edad más joven a los EUA, tendieron a presentar mayores síntomas depresivos, al igual se encontraron puntajes igualmente altos tanto en hombres como en mujeres para estos síntomas. Además, que el ser indocumentado interrumpa el desarrollo normal de la adolescencia al limitarse a ciertos accesos, como obtener una licencia de conducir, obtener un empleo formal o estudiar la universidad, por lo que implicaría en la predisposición de mostrar síntomas depresivos, además de la discriminación, el temor de la deportación de la persona o un miembro de su familia, por lo que son un grupo en riesgo para la presencia de estos síntomas (6).

Danielle Heerren y colaboradores en octubre 2013 a Julio 2014 en Australia, estudiaron la depresión en hombres con una edad de hasta los 55 años. El estudio consistió en una población de 14 516 hombres de acuerdo con una base de datos de la asociación "Ten To Men", los participantes incluían hombres de la edad mencionada, que residían en viviendas privadas en la región que pertenecía esta asociación, que dominaran el idioma inglés y que eran ciudadanos australianos residentes o permanentes. El instrumento utilizado en hombres mayores de 18 años fue el PHQ-9. Dentro de los participantes de 36 a 50 años fueron 6205 (42.8%), de 51 a 55 años fueron 1988 (13.7%), de acuerdo a su sexualidad fueron personas heterosexuales 13 190 (90.9%), bisexuales/homosexuales/otros 652 (4.5%), no están seguros 311 (2.1%), personas que no reportaron su sexualidad 363 (2.5%), personas con nivel educativo con estudios menores de 12 años 1826 (13.5%), con estudios de 12 años 2000 (14.8%), personas con certificado o diploma 6136 (45.3%), personas con licenciatura 2092 (15.5%), con posgrado 1241 (9.2%), personas que no reportaron nivel de estudio 235 (1.7%). Personas de acuerdo con su trabajo, empleados 11 472 (84.8%), desempleados 1115 (8.2%), personas

jubiladas 815 (6.0%), de acuerdo a su estado civil, personas solteras 3510 (25.9%), viudos, divorciados y/o separados 883 (6.5%), unión libre 9012 (66.6%), que no reportaron estado civil 125 (0.9%). Y síntomas depresivos clínicamente significativos con un valor del PHQ-9 mayor a 10 1905 (13.1%). Durante el estudio se encontró que alrededor de 1 de cada 10 participantes presentó síntomas depresivos clínicamente significativos (PHQ-9 con más de 10 puntos). Y dentro de los resultados se consiguió una media más baja de depresión en personas de 51 a 55 años, en comparación con personas de menor edad (7).

4.3. Teoría que describen a la depresión

Dentro de la depresión se describen diferentes teorías para la presentación de esta:

4.3.1. Teorías conductuales

Se encuentra en primera instancia la teoría conductual donde la depresión se presenta debido a las interacciones negativas entre la persona y su ambiente, estas interacciones son debido a las cogniciones, conductas y emociones. Existen varios modelos conductuales, siendo los siguientes (8):

4.3.2 Disminución del refuerzo positivo

Lewinsohn describe el modelo conductual de la disminución del refuerzo positivo, donde se entiende como refuerzo positivo a la recompensa al individuo de acuerdo con su comportamiento, el autor nos comenta que esta disminución de refuerzo positivo es debido a un acontecimiento en donde el individuo crea un estado donde la conciencia se conduce a uno mismo y se crea la autocrítica y expectativas negativas (8).

4.3.3 Modelo autocontrol

Rehm comenta que “la depresión es consecuencia de la relación entre recompensas y castigos, además de que los individuos tienen tendencia perfeccionista, tienen

metas inalcanzables y se centran en aspectos negativos del entorno, por lo que la persona con depresión tiende a tener más riesgo para autocastigarse” (8).

4.3.4 Modelo Nezu

Nezu y colaboradores mencionan que los pacientes que presentan un déficit de sus habilidades para la resolución de problemas, existe una mayor probabilidad de presentar un episodio depresivo, la depresión es debido a la carencia de alguno de los cinco puntos mencionados por los autores, que sirven como herramientas para la resolución de los problemas: orientarse en el problema, definir y formular el problema, generar soluciones alternas, toma de decisiones, y por último, poner en práctica las soluciones (8).

4.3.5 Teoría cognitiva

Dentro de las teorías cognitivas, nos comenta que la depresión se presenta al tener una percepción equivocada de uno mismo, de los demás y de los sucesos, se presentan diferentes teorías, que son las siguientes (8).

4.3.6 Teoría de indefensión aprendida

Seligman explica la teoría de la indefensión aprendida, es un término cuando el individuo es incapaz de modificar una situación o estado, debido a que la conducta de la persona no va a influir en el resultado que se pretende lograr. Abramson reformula la teoría de Seligman donde atribuye la indefensión o impotencia aprendida a 3 dimensiones, las cuales son: interna (es decir a uno mismo) o externa (factores del entorno), global (que abarcan todo) o específica (que abarcan una característica), y estable (es decir irreversible) o inestable (reversible), además comenta que la depresión es debido a la interpretación de las 3 dimensiones que da el sujeto ante el evento (8).

4.3.7 Teoría cognitiva de Beck

Beck comenta que la depresión es debido a una mala interpretación de los acontecimientos y situaciones que tiene que enfrentar la persona. Esta teoría gira en torno a 3 conceptos, cognición, contenido cognitivo y esquemas. La cognición es el contenido, proceso y estructura de la percepción, el contenido cognitivo es la representación que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente, los esquemas son creencias que componen las guías para procesar la información que viene del medio. La teoría cognitiva determina que hay 4 elementos que desarrollan la depresión: 1. Triada cognitiva, desarrollada por una percepción negativa de uno mismo, el mundo y el futuro, 2. Pensamientos automáticos negativos, 3. Errores en la captación y procesamiento de la información, 4. Disfunción en los esquemas. La triada cognitiva de Beck indica que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. La teoría cognitiva hipotetiza que la propensión a la depresión se obtiene a través de experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas depresógenos (es decir, esquemas de contenido negativo) (8).

4.3.8 Teoría biológica

Thase y Howland menciona que la teoría biológica de depresión, es debido a las alteraciones de uno o más de los sistemas neuroquímicos en el Sistema Nervioso Central, los neurotransmisores tienen un papel importante en la presencia de la depresión, sobre todo catecolaminas dopamina y noradrenalina, indolamina serotonina y acetilcolina, los autores comentan una alteración en la regulación de los sistemas neuroconductuales: inhibición conductual, facilitación conductual, grado de respuesta al estrés, ritmos biológicos y procesamiento ejecutivo cortical de información. La alteración o carencia de estos sistemas pueden ser heredados o adquiridos, además de la interacción del sujeto con situaciones estresantes y su vulnerabilidad al ambiente (8).

4.3.9 Factores hormonales

Se menciona una relación entre los procesos hormonales en la aparición de depresión entre hombres y mujeres, presentando mayor depresión las mujeres adolescentes, por el aumento de estrógenos y progesterona, influyendo en la relación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, y sobre todo en el mecanismo de retroalimentación negativa del cortisol, que a su vez aumenta la presencia de depresión en la transición de la menopausia, y disminuye en mujeres posmenopáusicas, siendo mayor la presencia de depresión en personas adultas del género masculino (9).

De acuerdo con el DSM, la depresión se expresa de diferente manera en hombres y mujeres, en el género femenino hay mayor presencia de síntomas somáticos, como incremento de apetito, problemas en el sueño, problemas de concentración, mayor llanto y culpabilidad, mientras que en el género masculino hay más inhibición en el trabajo, fatiga y problemas de salud (10).

Además, de las diferencias de género en la depresión, las mujeres reconocen y solicitan ayuda al momento de la presencia de síntomas, mientras que en el hombre no buscan ayuda y lo maneja en la ingesta de alcohol o uso de drogas (11).

Depresión: De acuerdo con la OMS se caracteriza por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana (10).

Anhedonia: el DSM V lo define como falta de disfrute, participación o energía para las experiencias de la vida; déficits en la capacidad de sentir placer y tener interés

en las cosas. La anhedonia es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de desapego (11).

Hipersomnias: Excesiva somnolencia, manifestada por sueño nocturno prolongado, dificultad para mantener un estado de alerta durante el día o episodios diurnos de sueño no deseados (11).

Insomnio: se define como una dificultad persistente en el inicio del sueño, su duración, consolidación o calidad que ocurre a pesar de la existencia de adecuadas circunstancias y oportunidad para el mismo y que se acompaña de un nivel significativo de malestar o deterioro de las áreas social, laboral, educativa, académica, conductual o en otras áreas importantes del funcionamiento humano (12).

Ideas suicidas: Pensamientos sobre autolesiones, con la consideración deliberada o la planificación de las posibles técnicas para causar la propia muerte (11).

5. JUSTIFICACIÓN

Se realizó la presente investigación en depresión debido a que en el país actualmente se encuentra un alto índice de esta enfermedad en la edad adulta. De acuerdo con cifras del INEGI de la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado del año 2021, un 15.4% de la población mayor de 18 años a nivel nacional ha tenido síntomas depresivos, mientras que, a nivel estatal, en Aguascalientes, un 16% presenta síntomas de depresión (13), superando la media a nivel nacional, por lo que se centró en esta patología que afecta la salud mental de la población.

La población masculina al conformar el 48.8% de las personas a nivel nacional acorde al INEGI (14), es un grupo poco estudiado, además de abarcar gran población del área laboral y verse afectado por esta patología, trayendo como consecuencias el ausentismo laboral y aumento de incapacidades, presentando afectaciones económicas para la empresa, el trabajador y el Instituto Mexicano del Seguro Social. El índice de ausentismo laboral en América y Europa se ha cuantificado en 365 millones de días, con un costo promedio de 25 millones de dólares (15), además que la primera causa de ausentismo laboral es por enfermedad general o accidente, ocupando las tres cuartas partes de ausentismo en las empresas (15), motivo por el que se realizó el presente estudio en esta población.

Los resultados de esta investigación se publicarán y quedarán impresos como evidencia en la coordinación de enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 y del Hospital General de Zona No. 1, donde se realizó la investigación, y en el repositorio de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, para sea usada como apoyo para la ejecución de futuras investigaciones en esta población. La realización de la investigación beneficiará a la población con derechohabiencia, al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Unidad Médica donde se realizó el estudio, para conocimiento de los datos estadísticos de la depresión en esta población.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un problema de salud en el mundo, que actualmente se ha visto en aumento por los diferentes problemas globales, debido a la mayor desigualdad económica y al aumento de migración de las personas, de acuerdo con los estudios analizados, y a sus características sociodemográficas, se observó en la comunidad de Estados Unidos una mayor prevalencia en mujeres con un 13.4% (3) en comparación con la población coreana con 11.36% (3), mientras que en hombres fue mayor en la comunidad de corea con un 9.47% (3) y en la comunidad de Estados Unidos un 7.2% (3). De acuerdo con su estado civil en la comunidad americana casada fue de 8.5% (3) y la población coreana con cónyuge fue de 13.5% (5), siendo mayor en esta última, en personas que nunca se han casado en la población de Corea fue mayor con un 22.87% (5) y en la población americana 13.2% (3), y examinando los resultados, se presentó una mayor prevalencia de depresión en mujeres y en personas que nunca se han casado.

Al realizar la comparación por grupos de edad en las poblaciones, difieren la edad por cómo se agruparon, por lo que hubo limitaciones al comparar los grupos, en donde en la población de Estados Unidos se dividió de los 45 a 64 años observándose una prevalencia del 10.7% (3), mientras que en la población de Corea se agruparon de los 40 a los 49 años con una prevalencia de 7.07%, de los 50 a los 59 años con un 5.38%, y de los 60 a los 69 años con un 10.91% (5).

En el momento de la comparación de las diferentes poblaciones por ingreso mensual, también se presentó una limitación al manejarse una moneda diferente en cada estudio de acuerdo a su moneda nacional, en donde en la población de Estados Unidos se agrupó por ingresos mensuales en dólares, de los \$0 a \$19 999 con una prevalencia del 14.1%, de los \$20 000 a \$34 900 fue de 11,4%, de los \$35 000 a \$69 999 fue de 9.9%, y en aquellos con un ingreso mayor a \$70 000 fue de

7.5% (3); mientras que en la población de Corea cuya moneda nacional es el won, agruparon a las personas en 3 grupos principales de ingreso: menos de un millón de wones con una prevalencia de 26.42%, aquellos con un ingreso mensual de uno a dos millones de wones la prevalencia fue de 14.93%, y en personas con ingresos de más de dos millones de wones fue de 13.71% (5), a pesar de encontrarse esta limitación se observó un mayor índice de depresión en personas con bajos salarios mensuales. En los estudios analizados se observó mayor presencia de síntomas depresivos y un mayor índice de depresión en personas con bajos salarios, independientemente de la moneda nacional (3,5).

La puntuación media del instrumento PHQ-9 que nos detecta depresión y nos estadifica esta patología, utilizado en la población de Tokio, Japón, fue de 4.23 (4), siendo menor en comparación con la población migrante de Estados Unidos para quienes la puntuación fue de 5.9 (6).

En base a los antecedentes científicos los instrumentos encontrados para diagnosticar depresión, fueron PHQ-8, instrumento que cuenta con 8 ítems, validado y adaptado a la población mexicana, pero no incluye ítem de presencia de ideación suicida; CES-D versión para Corea, actualmente este instrumento se encuentra validado y adaptado en otras versiones en la población mexicana, en su versión original que cuenta con mayor número de ítems, ocupando mayor tiempo para su aplicación; los criterios del DSM V, puntaje limitado para la aplicación por el personal médico; y el PHQ 9, instrumento de fácil aplicación, de corta duración, con la presencia de 9 ítems que ayuda para diagnosticar y clasificar depresión (2–6).

En el estudio de la prevalencia de síntomas depresivos en la población coreana, se empleó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) versión coreana. Actualmente en su versión original se encuentra adaptado y validado para la población mexicana, pero nos limita su utilización, al ser un instrumento únicamente diagnóstico y no para la clasificación de depresión (5).

Actualmente se propone el uso del instrumento PHQ-9 al tener validez, confiabilidad y ser adaptado al idioma español para la población mexicana, además de ser un instrumento de fácil aplicación. Cuenta con 9 ítems, puede ser utilizado por cualquier persona, incluye la presencia de ideación suicida en el último ítem y ayuda para diagnosticar y clasificar la presencia de depresión.

Es importante el estudio en la población masculina en la edad de los 45 a 60 años, al ser un grupo que acude con menor frecuencia a la consulta médica, debido a que implica salirse de su hora laboral o incluso llegar a faltar, teniendo como consecuencia menores ingresos económicos, además de afectación a su patrón o jefe en su trabajo. Este grupo de población no tiende a aceptar manejo médico en esta patología, buscando alternativas como el uso de alcohol o drogas. Al ser una población con menor índice de acudir a consulta médica, se limita el diagnóstico de depresión en este grupo de edad, siendo de suma importancia la investigación en los hombres en esta edad.

Del análisis de los previos argumentos surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en hombres de 45 a 60 años derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar No 1, del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes?

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivo general

Medir la prevalencia de depresión en hombres de 45 a 60 años derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar No 1, del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes

7.2. Objetivos específicos

1. Describir socio demográficamente a hombres de 45 a 60 años pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No 1 en Aguascalientes.
2. Identificar alteraciones del sueño en hombres de 45 a 60 años pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No 1 en Aguascalientes.
3. Reconocer datos de tristeza en hombres de 45 a 60 años pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No 1 en Aguascalientes.
4. Reconocer alteraciones en la alimentación en hombres de 45 a 60 años pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No 1 en Aguascalientes.
5. Identificar desinterés en las actividades diarias en hombres de 45 a 60 años pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No 1 en Aguascalientes.
6. Identificar presencia de cansancio en hombres de 45 a 60 años pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No 1 en Aguascalientes.
7. Identificar sentimientos de culpabilidad en hombres de 45 a 60 años pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No 1 en Aguascalientes.
8. Identificar alteraciones en la concentración de actividades cotidianas en hombres de 45 a 60 años pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No 1 en Aguascalientes.
9. Identificar lentitud en las actividades laborales en hombres de 45 a 60 años pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No 1 en Aguascalientes.

10. Identificar pensamientos suicidas en hombres de 45 a 60 años pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No 1 en Aguascalientes.



8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1. Diseño de estudio

Estudio transversal descriptivo

8.2. Universo de trabajo

Hombres de 45 a 60 años derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar No 1 en Aguascalientes.

8.3. Población de estudio

Todos los hombres con edad de 45 a 60 años que asistieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes en el periodo del 1 de enero al 28 de febrero del 2023.

8.4. Población blanco

Hombres con edad de 45 a 60 años que asistieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes en el periodo del 1 de enero al 28 de febrero del 2023 que cumpla con los criterios de inclusión y acepte participar mediante la firma del consentimiento informado.

8.5. Unidad de observación

Hombre de 45 a 60 años derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 en Aguascalientes, atendido en el periodo del 1 de enero al 28 de febrero del 2023.

8.6. Unidad de análisis

Resultados del instrumento PHQ9 en hombres de 45 a 60 años, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes.

8.7. Criterios de selección

8.7.1. Criterios de inclusión

Hombres de 45 a 60 años, que sepan leer y escribir, que accedan a formar parte del estudio y acepten firmar el consentimiento informado.

8.7.2. Criterios de exclusión

1. Hombres derechohabientes pertenecientes a otra Unidad de Medicina Familiar y/o derechohabientes que correspoandan a otra Institución de Salud.
2. Hombres con limitación en sus capacidades intelectuales y visuales para contestar la encuesta.
3. Hombres ya diagnosticados con Trastorno Depresivo.

8.7.3. Criterios de eliminación

Hombres de 45 a 60 años que no contesten más del 60% del cuestionario.

8.8. Muestra

8.8.1. Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia.

8.8.2. Tamaño de la muestra

Se realizó el cálculo del tamaño de la muestra al usar la fórmula para estudios transversales en poblaciones finitas, se consideró la prevalencia de depresión en personas de 45 a 64 años del 10.7% (1), un intervalo de confianza del 95%, y margen de error del 5%, las personas del sexo masculino de 45 a 60 años con derechohabiencia a la UMF 1 es de 9347, obteniendo un tamaño de muestra de 421, en caso de pérdida de encuestados se consideró encuestar 10% más de la población (42 personas).

Fórmula para poblaciones finitas (14)

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

8.9. Descripción del instrumento

El cuestionario PHQ-9 o Patient Health Questionnaire, fue creado en 1999 por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet W.B. Williams, y Kurt Kroenke, y se usa para diagnosticar y medir la gravedad de depresión, se compone de nueve ítems, es una escala derivada del instrumento PRIME MD y está basado en los síntomas para diagnóstico de depresión utilizados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4a edición (DSM IV). El cuestionario se puede auto aplicar y tiene una duración de 2 a 5 minutos de llenado (17).

Ha sido traducido y validado en 20 idiomas, español, inglés, alemán, francés, danés, italiano, coreano, mandarín, ruso, sueco, hindú, cantones, checo, mandarín, noruego, turco, húngaro, holandés, finlandés, árabe (19). Se conforma de 9 ítems, y cada ítem es evaluado con una escala de Likert de 4 puntos: 0 (ningún día), 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días), para dar una puntuación total que va de 0 a 27. Una puntuación igual o mayor a 10 puntos diagnostica un trastorno depresivo. Clasifica con el siguiente puntaje: 10 a 14 indica depresión leve, de 15 a 19 depresión moderada y mayor a 20 puntos depresión severa. Una puntuación igual o mayor a 15 recomienda el uso de tratamiento con antidepresivos (17).

Los ítems que evalúa son los siguientes: 1. Poco interés o placer en hacer las cosas, 2. Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza, 3. Dificultad para conciliar el sueño o dormir demasiado, 4. Sensación de cansancio o poca energía, 5. Sin apetito o comer en exceso, 6. Sentirse mal con uno mismo, 7. Dificultad para concentrarse

en actividades, 8. Lenguaje o movimiento lento, o muy inquieto o agitado, 9. Pensamiento de mejor estar muerto, estos se evalúan de acuerdo a cuantos días a la semana se presentan (17).

El PHQ 9 adaptado para la población mexicana por Arrieta y colaboradores en 2017, en la fiabilidad y la consistencia interna fue buena para los puntajes generales del instrumento, como para los subgrupos evaluados, el coeficiente alfa de Cronbach en general para el PHQ 9 fue de 0.81, para hombres fue de 0.85, y mujeres de 0.80, 0.81 para personas alfabetizadas y 0.83 para personas analfabetas; para personas menores de 60 años fue de 0.80 y 0.90 para personas de 60 años o más. De la validez predictiva, Arrieta y colaboradores, realizaron una asociación entre puntuaciones del PHQ 9 y la escala de WHOQOL-BREF. Las puntuaciones medias fueron significativamente menores para los participantes con una puntuación de PHQ 9 superior a 9, en el dominio de las relaciones sociales fue significativo en el límite ($p=0.05$). Las puntuaciones del PHQ 2 y PHQ 9 se correlacionaron positivamente, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.75. Un punto de corte con puntuación de 3 y más para la población de estudio, maximizó la sensibilidad (80%) y especificidad (86.9%). El área bajo la curva de ROC fue de 0.89 (intervalo de confianza del 95%) (18).

Para la validez de contenido se reunieron 62 médicos, formulando de 28 a 58 ítems necesarios para los criterios diagnósticos de depresión, para valorar los ítems pertinentes se realizó un consenso, de donde se obtuvieron los 9 ítems necesarios para el instrumento (17).

8.10. Operacionalización de las variables

Las variables sociodemográficas de edad, estado civil, nivel de escolaridad y ocupación, se obtendrán de la aplicación del instrumento.

Tabla 1. Variables socio demográficas

Variables socio demográficas				
Variable	Definición	Escala de medición	Indicador	Pregunta
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento actual	Cuantitativa discreta	Años cumplidos	Edad colocada en el cuestionario
Estado civil	Condición de la población en relación con los derechos y obligaciones legales o de costumbre hasta el momento actual	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casado 2. Soltero 3. Viudo 4. Separado 5. Divorciado 6. Cónyuge 	Estado civil colocado en el cuestionario
Escolaridad	División de los niveles que conforman el Sistema Educativo Nacional	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Básico primaria 2. Básico secundaria 3. Medio superior 4. Medio superior con carrera técnica 5. Superior 6. Posgrado 7. Sin escolaridad 	Escolaridad colocada en el cuestionario
Ocupación	Conjunto de funciones y tareas que desempeña un individuo en su empleo principal	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Funcionarios, directores y jefes 2. Profesionistas y técnicos 3. Trabajadores auxiliares en actividades administrativas 4. Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas 5. Trabajadores en servicios personales y de vigilancia 6. Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca 7. Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios 	Ocupación colocada en el cuestionario

			<p>8. Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte</p> <p>9. Trabajadores en actividades elementales y de apoyo</p> <p>10. Otra</p>	
--	--	--	---	--

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Variabilidad	Indicadores	Escala	Preguntas
<p>Depresión: Sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración.</p>	<p>Sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración en hombres de 45 a 60 años derechohabientes al IMSS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Desinterés en hacer las cosas -Decaído o sin esperanzas -Alteraciones en el sueño -Cansancio -Alteraciones en el apetito -Sentirse fracasado -Dificultad para concentrarse -Alteración en el habla - Pensamientos de muerte 	<ul style="list-style-type: none"> -Presencia de síntomas -Ausencia de síntomas 	<p>Resultado de la sumatoria de los síntomas</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha sentido poco interés en hacer las cosas? - ¿Se ha sentido triste, desesperado(a) o decaído(a)? - ¿Le ha costado trabajo dormirse? ¿o que duerma demasiado? - ¿Se ha sentido cansado(a) o con poca energía? - ¿Ha tenido menos hambre o ha sentido que come menos? ¿o ha sentido que le dé más hambre o que come más de lo normal? - ¿Ha sentido que le ha fallado a alguien o que se haya sentido culpable? - ¿le cuesta trabajo poner atención o concentrarse por estar pensando mucho? - ¿Se ha sentido más lento(a) de lo normal o que se tarda más en hacer su oficio o su trabajo? ¿o que esté tan intranquilo(a) que no se pueda dejar de mover? - ¿ha llegado a pensar en quitarse la vida?

9. PLAN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

9.1. Logística

Con autorización del comité local de ética e investigación, y del director de la Unidad de Medicina Familiar Numero 1, se procedió a la aplicación de la encuesta a la población que cumplía con los criterios de inclusión, se le explicó al encuestado el llenado del cuestionario PHQ 9, realizado para el diagnóstico de depresión. Se contó con un encuestador que se capacitó para la aplicación del instrumento, se le dio a conocer a detalle cada pregunta para poder facilitar las dudas surgidas de los entrevistados.

Antes de la aplicación, se les dio el consentimiento informado y se les pidió que lo firmaran en caso de estar de acuerdo, se les otorgó un lápiz para la aplicación de la encuesta. Durante el llenado de la encuesta se corroboró que el encuestado no tuviera alguna duda al momento de responder la encuesta, dando un tiempo promedio de 5 minutos para contestar. Al término del llenado de la encuesta, se le agradeció al encuestado por su tiempo y dedicación para responder. Se usó una computadora personal del investigador para la recolección de los resultados de la encuesta. Ante cualquier eventualidad al realizar la encuesta, el encuestador se encontró capacitado para derivar a los servicios correspondientes.

9.2. Análisis de datos

La población se clasificó si sufre de depresión con un puntaje mayor o igual a 10 y en caso de sufrir depresión, de acuerdo con la gravedad:

- Pacientes con depresión leve
- Pacientes con depresión moderada
- Pacientes con depresión severa

Se ejecutó una base de datos en SPSS versión 22 para los análisis estadísticos y detección de errores. Se hizo el cálculo de la asimetría y curtosis para conocer la distribución de los datos, considerando normalidad de los datos si se obtenía un valor -2 a $+2$. b. Se determinó distribución no normal en la muestra, por lo que se estableció la mediana y los rangos intercuartílicos. Para las variables categóricas se cuantificaron frecuencias absolutas y relativas. Para establecer la depresión se utilizaron los intervalos de puntaje igual o mayor a 10 del instrumento, mientras que la clasificación de depresión se realizó en base con los puntajes especificados en la operacionalización de las variables.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se realizó teniendo la aprobación del Comité local de Investigación y Ética, se ejecutó de acuerdo a las normas éticas de la Ley General de Salud descritas en los artículos 17 y 18, y a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, manejándose los resultados de manera confidencial, actuando con profesionalismo y ética médica (19,20).

La participación de cada individuo en el estudio fue voluntaria, se seleccionaron cumpliendo los criterios de selección, sin hacer ningún tipo de discriminación de raza o creencia, se le proporcionó a cada encuestado el consentimiento informado previo a su aplicación.

La investigación no mostró ninguna clase de riesgo, se efectuó para conocer la presencia de depresión en hombres en la UMF 1 OOAD Aguascalientes. En los hombres diagnosticados con algún grado de depresión se les orientó para acudir a consulta con su médico familiar o al área de psicología para su manejo, y ante la aparición de ideación suicida, se envió al servicio de urgencias para su manejo correspondiente.

La información y las cartas de consentimiento informado serán resguardadas por un tiempo de 10 años por el investigador y será sujeto a la supervisión de CONBIOÉTICA.

11. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Los recursos humanos en la realización del protocolo, fue la Maestra en Ciencias Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez, en el asesoramiento en cada una de las etapas del protocolo. Para la realización de cuestionarios fue el tesista, y la contratación de un encuestador, que siempre se estuvo en contacto con dicha persona para proporcionar las encuestas y la captura de resultados, se le realizó el pago en efectivo de \$70 pesos mexicanos por la aplicación de cada encuesta.

Los recursos financieros usados en la investigación se desglosan a continuación:

Tabla 2. Recursos financieros usados en la investigación

Material	Costo del material	Cantidad	Costo total
Laptop personal	\$ 8,000	1	\$ 8,000
Hojas blancas (paquete 500 hojas)	\$ 280	1	\$ 280
Lápices (paquete 8 piezas)	\$ 34	1	\$ 34
Goma de borrar (paquete 2 piezas)	\$ 18	2	\$ 36
Fotocopias	\$ 0.20	300	\$ 60
Encuestador	\$10,500	1	\$10,500
Alimentos y bebidas	\$ 80	10	\$ 800
Total			\$ 19,710

12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla 3. Cronograma de actividades

No	PROYECTO DE INVESTIGACION (ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE TRABAJO)	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN UMF No. 1 OOAD AGUASCALIENTES														
		AÑO 2022						AÑO 2023								
		SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO				
1	Busqueda de información bibliográfica															
2	Realizar Planteamiento del problema															
3	Realizar Marco conceptual y teórico															
4	Diseño y revisión de protocolo de investigación															
5	Registro de protocolo de investigación ante el Comité local de Investigación en Salud															
6	Aceptación por SIRELIS del protocolo de investigación															
7	Realización del estudio de campo, aplicación de cuestionarios															
8	Análisis de resultados															
9	Realizar discusión y conclusión															
10	Revisión de estudio de investigación															
11	Autorización															
12	Elaboración de tesis															

13. RESULTADOS

Se encuestaron un total de 421 hombres, completando satisfactoriamente el tamaño de la muestra sin presentar pérdidas de sujetos. Las características de la población estudiada se exponen en la tabla 4. La mediana de edad fue de 52 (RIC 48-58) años. El grupo etario con un gran número de hombres fue el de 55 a 60 años, con 40% del total. El estado civil que predominó, fueron los hombres casados, con cerca de tres cuartas partes de los hombres. Respecto a la escolaridad, el nivel secundaria presentó el mayor porcentaje (16.9%), seguido de medio superior (20.2%), primaria (16.9%) y superior (15.9%). La ocupación fue diversa, siendo la más frecuente operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte (20.9%), trabajadores en actividades elementales y de apoyo (14.3%) y profesionistas y técnicos (12.6%).

La tabla 5 muestra la frecuencia de los síntomas para el diagnóstico de depresión evaluados en el cuestionario PHQ-9. Se identificó que todos los síntomas, excepto sensación de cansancio o poca energía, se encontraron presentes en menos del 50% de los hombres. La presencia de cansancio fue la alteración predominante (50.6%). Le siguieron las alteraciones del del sueño (44.9%). Datos de tristeza o sentirse decaído fue del 35.6%. Las alteraciones en la alimentación fueron del 31.1%. Los sentimientos de culpabilidad se presentaron en el 16.4%. alteraciones en la concentración estuvieron presentes en el 26.8% de los hombres. Los pensamientos suicidas se identificaron en 13 hombres (3.1%), de los cuales 2 casos fueron con temporalidad de casi diario (0.5%).

Tabla 4. Características de la población hombres de 45 a 60 años derechohabientes de la UMF 1

Característica	Frecuencias	%
Edad	N=421	100
45-49 años	154	36.5
50-54 años	99	23.5
55-60 años	168	40
Estado civil	N=421	100
Casado	312	74.1
Soltero	36	8.6
Viudo	10	2.4
Separado	13	3.1
Divorciado	22	5.2
Cónyuge	28	6.7
Escolaridad	N=421	100
Sin escolaridad	8	1.9
Básico primaria	71	16.9
Básico secundaria	158	37.5
Medio superior	85	20.2
Medio superior con carrera técnica	22	5.2
Superior	67	15.9
Posgrado	10	2.4
Ocupación	N=421	100
Funcionarios, directores y jefes	25	5.9
Profesionistas y técnicos	53	12.6
Trabajadores auxiliares en actividades administrativas	35	8.3
Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas	40	9.5
Trabajadores en servicios personales y de vigilancia	24	5.7
Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca	11	2.6
Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios	29	6.9
Operadores de maquinaria industrial, ensambladores y conductores de transporte	88	20.9
Trabajadores en actividades elementales y de apoyo	60	14.3
Pensionado/Jubilado	28	6.7
Desempleado	3	0.7
Otra	25	5.9

Instrumento PHQ-9. (17)

Tabla 5. Síntomas para diagnóstico de depresión (PHQ-9) en hombres de 45 a 60 años derechohabientes de la UMF 1

Síntomas para diagnóstico de depresión	Frecuencias	%	Alteración n (%)
Poco interés o placer en hacer las cosas	N=421	100	
Nunca	271	64.4	
Pocos días	104	24.7	
Más de la mitad de los días	25	5.9	150 (35.6)
Casi diario	21	5	
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza	N=421	100	
Nunca	271	64.4	
Pocos días	104	24.7	
Más de la mitad de los días	25	5.9	150 (35.6)
Casi diario	21	5	
Dificultad para conciliar el sueño o dormir demasiado	N=421	100	
Nunca	232	55.1	
Pocos días	110	26.1	
Más de la mitad de los días	38	9	189 (44.9)
Casi diario	41	9.7	
Sensación de cansancio o poca energía	N=421	100	
Nunca	208	49.4	
Pocos días	157	37.3	
Más de la mitad de los días	28	6.7	213 (50.6)
Casi diario	28	6.7	
Sin apetito o comer en exceso	N=421	100	
Nunca	290	68.9	
Pocos días	86	20.4	
Más de la mitad de los días	21	5	131 (31.1)
Casi diario	24	5.7	
Sentirse mal con uno mismo	N=421	100	
Nunca	352	83.6	
Pocos días	43	10.2	
Más de la mitad de los días	13	3.1	69 (16.4)
Casi diario	13	3.1	
Dificultad para concentrarse en actividades	N=421	100	
Nunca	308	73.2	
Pocos días	84	20	
Más de la mitad de los días	20	4.8	113 (26.8)
Casi diario	9	2.1	
Lenguaje o movimiento lento, o muy inquieto y agitado	N=421	100	
Nunca	288	68.4	
Pocos días	98	23.3	
Más de la mitad de los días	21	5	133 (31.6)
Casi diario	14	3.3	
Pensar en quitarse la vida	N=421	100	
Nunca	408	96.9	
Pocos días	10	2.4	
Más de la mitad de los días	1	0.2	13 (3.1)
Casi diario	2	0.5	

Instrumento PHQ-9. (17)

La puntuación del instrumento PHQ-9 en la población estudiada presentó una mediana de 3 (RIC 1-5), como se muestra en la tabla 6. Se destaca la condición de

posgrado con una mediana de 0 (RIC 0-3.25), como la más baja de los puntajes; mientras que la condición de desempleo presentó una puntuación con una mediana de 7 (RIC 6-11.5). En las demás condiciones los puntajes por medianas son muy similares.

Tabla 6. Puntajes del cuestionario PHQ-9 en hombres de 45 a 60 años de la UMF 1

	Puntajes de PHQ-9	Mediana	RIC
Edad			
45-49 años		3	1-7
50-54 años		3	1-5
55-60 años		2	0-5
Estado civil			
Casado		3	1-5
Soltero		4	0-7
Viudo		2.5	1.75-6.5
Separado		3	0-4
Divorciado		2	0.75-5
Cónyuge		3	2-7.75
Escolaridad			
Sin escolaridad		3.5	1.25-5
Básico primaria		3	1-6
Básico secundaria		3	1-6
Medio superior		3	1-5
Medio superior con carrera técnica		2	1-3.75
Superior		2	0-5
Posgrado		0	0-3.25
Ocupación			
Funcionarios, directores y jefes		3	0-6
Profesionistas y técnicos		2	0-5
Trabajadores auxiliares en actividades administrativas		3	1-7
Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas		2	0-5
Trabajadores en servicios personales y de vigilancia		3	1.25-5
Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca		3	2-5
Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios		4	2-5
Operadores de maquinaria industrial, ensambladores y choferes		3	1-5
Trabajadores en actividades elementales y de apoyo		2.5	0.25-6
Pensionado/Jubilado		3.5	1-5
Desempleado		7	6-11.5
Otra		4	1-6
Total		3	1-5

Instrumento PHQ-9. (17)

La prevalencia se obtuvo con el número de personas afectadas por depresión, entre el número de personas presentes en el estudio. En la tabla 7 se muestran los datos correspondientes a la prevalencia de depresión en la población estudiada de hombres y su clasificación. De acuerdo con el periodo de observación (realización

del cuestionario PHQ-9), del 1 de enero al 28 de febrero de 2023, se presentó una prevalencia de depresión sin clasificación de 9.7%. Atendiendo a la clasificación del cuestionario PHQ-9, la prevalencia de depresión leve fue de 5.9%, depresión moderada de 2.6%, mientras que la depresión severa presentó una prevalencia de 1.2%.

Tabla 7. Depresión en hombres de 45 a 60 años derechohabientes de la UMF 1

Presencia de depresión	Frecuencia	%
	N=421	100
Sin depresión (menos a 10 puntos)	380	90.3
Con depresión (igual o mayor a 10 puntos)	41	9.7

Grado de depresión	Frecuencia	% del total
	N=41	9.7
Depresión leve (10 a 14 puntos)	25	5.9
Depresión moderada (15 a 19 puntos)	11	2.6
Depresión severa (mayor a 20 puntos)	5	1.2

Instrumento PHQ-9. (17)

La prevalencia por grupos se muestra en la tabla 8, donde por edad, el grupo de 45 a 49 años presentó una prevalencia de 4.8%, posteriormente el grupo de 55 a 60 años con 3.3%. En el estado civil destaca la mayor prevalencia en casado con 7.4%, seguido de soltero con 1.2%. Respecto a la escolaridad el nivel secundaria presenta una prevalencia de 4.3%, seguido de nivel primaria con 2.4% y nivel medio superior con 2.1%, mientras que en posgrado no se observaron casos. De acuerdo con la ocupación, operadores de maquinaria, ensambladores y choferes presenta una prevalencia de 1.7%, seguidos con una prevalencia de 1.2% las ocupaciones de profesionista/técnico, trabajadores auxiliares en actividades administrativas y trabajadores en actividades elementales y de apoyo.

Tabla 8. Presencia de depresión por grupos en hombres de 45 a 60 años

Presencia de depresión por grupos	Frecuencia	%
Edad	N=421	100
45-49 años	20	4.8
50-54 años	7	1.7
55-60 años	14	3.3
Estado civil	N=421	100
Casado	31	7.4
Soltero	5	1.2
Viudo	2	0.5

Separado	0	0
Divorciado	1	0.2
Cónyuge	2	0.5
Escolaridad	N=421	100
Sin escolaridad	0	0
Básico primaria	10	2.4
Básico secundaria	18	4.3
Medio superior	9	2.1
Medio superior con carrera técnica	1	0.2
Superior	3	0.7
Posgrado	0	0
Ocupación	N=421	100
Funcionarios, directores y jefes	2	0.5
Profesionistas y técnicos	5	1.2
Trabajadores auxiliares en actividades administrativas	5	1.2
Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas	2	0.5
Trabajadores en servicios personales y de vigilancia	3	0.7
Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca	2	0.5
Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios	4	1
Operadores de maquinaria industrial, ensambladores y choferes	7	1.7
Trabajadores en actividades elementales y de apoyo	5	1.2
Pensionado/Jubilado	4	1
Desempleado	1	0.2
Otra	1	0.2

Instrumento PHQ-9. (17)

14. DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión en el presente estudio (9.7%) es semejante a lo reportado en población de Estados Unidos, donde reportaron una prevalencia en hombres de 7.2%, donde de acuerdo con el tipo de población, en hispanos fue del 10%. En población coreana se determinó una prevalencia de depresión en hombres de 9.47% (5), una prevalencia similar a la reportada por nuestro estudio y por el estudio de Hasin en población de los Estados Unidos (3). En el estudio de Heereen y colaboradores en población de hombres desde 15 años hasta 55 años de Australia, la prevalencia fue de 13.1% con síntomas depresivos clínicamente significativos (mayor a 10 puntos el PHQ-9) (7).

La prevalencia por grupo de edad presentó un patrón similar con otros estudios. En el estudio de Estados Unidos se determinó la prevalencia por grupos de edad, siendo el de 45 a 65 años con 10.7% (3), prevalencia similar a la presentada en la población de hombres del presente estudio. En el estudio de población de Tokio, el instrumento usado fue PHQ-9, mismo que se usó en el presente estudio, con una población de edad promedio 41 años, ya que se incluyeron sujetos desde los 20 años (4), caso contrario a nuestro estudio, donde la población fue por arriba de los 45 años. Con respecto a la edad, en la población de coreanos la prevalencia de depresión entre los 40 a 49 años fue de 7.07% y entre los 50 a 59 años fue de 5.38%, y de nuevo se incrementó entre los de 60 a 69 años con 10.91% (5). En nuestro estudio ocurrió algo similar con incremento y disminución de acuerdo con la edad, ya que la prevalencia de depresión en el grupo de edad de 45 a 49 años fue de 4.8%, después se observó disminución de 1.7% en el grupo de 50 a 54 años, aunado al 3.3% del grupo de 55 a 60 años. En el estudio de Heeren y colaboradores, se obtuvo un promedio más bajo de depresión en personas de 51 a 55 años, en comparación con personas de menos años a este grupo (7).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Respecto al estado civil, Hasin y colaboradores reportaron que en personas casadas la prevalencia fue de 8.2% (3), cifra similar al presente estudio, sin embargo, en la condición de soltero, viudo o separado la prevalencia no fue similar, ya que en población de Estados Unidos esta condición presentó la prevalencia más alta (13.8%) (3). Tanto en el estudio de población de Tokio como el presente, coincide en la condición de casado en más de la mitad de los sujetos: 64.1% y 74.1%, respectivamente (4).

En el aspecto de la escolaridad, en el estudio de Tokio, los años de escolaridad reportados fueron mucho mayor, con hasta 15 años (4), respecto a nuestro estudio, donde la mayoría se ubican entre 6 y 9 años de escolaridad. En la prevalencia por escolaridad, el estudio de Estados Unidos, de Hasin y colaboradores, reportó que en personas con estudios mayores a bachillerato la prevalencia de depresión fue de 11.4%, con bachillerato fue de 11% y en aquellas personas con algún estudio menor a bachillerato fue de 9.9% (3). Contrario a lo reportado en el estudio de Hasin y colaboradores, donde se contempló un incremento de la prevalencia en relación con mayor número de años de escolaridad (3), en el presente estudio la prevalencia fue mayor en los niveles de educación básica (primaria y secundaria) y medio superior. En la población de Corea, aquellos con menos de 9 años fueron más propensos a presentar síntomas depresivos (18.44%) en comparación a aquellos con 12 años de escolaridad (17.7%) (3). En nuestro estudio ocurrió el mismo fenómeno, aunque en prevalencias distintas, ya que nivel básico y medio superior concentraron a la mayoría de los casos en comparación con nivel superior y posgrado siendo de 9% vs 0.7%, respectivamente.

Respecto al instrumento para la detección de depresión, en el estudio de población de Tokio (4) y de Australia (7) se usó el cuestionario PHQ-9. Respecto al puntaje reportado de PHQ-9, el promedio fue de 4.23 en población de Tokio (4), mientras que en nuestro estudio presentó una mediana de 3 (RIC 1-5). La determinación de depresión en jóvenes migrantes (18 a 29 años) en el estudio de Leathers y colaboradores fue a través del cuestionario PHQ-8, donde la puntuación promedio

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

fue de 5.9 (SD 5.5), para las personas que nacieron en México fue de 6.8 (SD 5.9), nacidos en Centroamérica de 4.5 (SD 4.3), personas casadas o con pareja de 4.5 (SD 4.9), personas sin pareja de 7.2 (SD 5.8). La población de hombres obtuvo un puntaje de 6.4 (SD 4.9) (6).

En el estudio de población coreana es posible comparar la prevalencia de síntomas, la cual reportaron de 15.01% en hombres (5). En nuestro estudio la prevalencia de síntomas se verificó en cada uno de ellos oscilando desde de 3%, en el caso de pensamiento de quitarse la vida, hasta el 50%, en el caso de sensación de cansancio, siendo la mayoría de los síntomas entre 31-35% de prevalencia.

De acuerdo con los datos obtenidos de nuestro estudio y las referencias mencionadas, cabe destacar varias circunstancias que limitan la comparación de poblaciones, de grupos de poblaciones y de las prevalencias y puntajes de depresión. La primera es que los periodos de estudio en los estudios mencionados no son similares en ninguno de ellos, ya que van desde algunos meses hasta un año y dos años completos de obtención de datos y encuestas.

La otra circunstancia es el instrumento usado, ya que son diversos los mencionados: PHQ-8, instrumento que cuenta con 8 ítems, validado y adaptado a la población mexicana, pero no incluye ítem de presencia de ideación suicida; CES-D versión para Corea, el cual se encuentra validado y adaptado en otras versiones en la población mexicana; criterios del DSM V, instrumento con puntaje limitado para la aplicación por el personal médico; y el PHQ 9, instrumento de fácil aplicación, de corta duración, con la presencia de 9 ítems, y nos ayuda para diagnosticar y clasificar depresión (2-6), el cual se usó en el presente estudio.

La agrupación de las poblaciones estudiadas también limita la comparación, desde edad, escolaridad, percepción económica, nivel socioeconómico y, ante todo, la ocupación o actividad laboral desarrollada. En este último punto, no fue posible

realizar una comparación en los otros estudios, ya que no fue mencionada ni tomada en consideración para la detección de depresión o percepción económica.

15. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos nos presentan una perspectiva de la situación de los síntomas depresivos y la depresión en hombres derechohabientes de la UMF 1 del IMSS Aguascalientes, sabiendo que se trata de población poco estudiada, pero que tiene un gran impacto por ser parte del grueso de la actividad laboral en el país. La presencia de una prevalencia que comprende 1 de cada 10 hombres entre los 45 y 60 años, y que 1 de cada 100 hombres de la misma edad presenta depresión severa, nos muestra que es un problema de salud con alta necesidad de atención y de prevención en el primer como en el segundo nivel de atención médica.

Por otra parte, los síntomas que nos orientan a la depresión presentan una prevalencia alta, en algunas de ellas rebasando el 30% de presentación y otras llegando hasta el 50% de su presentación, lo que resulta imperante para el médico de primer nivel de atención, en particular el médico familiar del IMSS, identificar dichos síntomas en esta población de hombres que son poco valorados en los servicios de salud por las diversas situaciones mencionadas.

De los resultados obtenidos y en comparación con otros estudios podemos destacar que la edad muestra un patrón interesante que se debe estudiar bajo un diseño en busca de causas ante tal fenómeno, sabiendo que los hombres por debajo de los 50 años son aparentemente más propensos a presentar trastorno depresivo.

También se determina que la escolaridad parece ser un factor que influye en el aumento de síntomas de depresión, ya que a menos años de escolaridad se incrementa la prevalencia de depresión. Sin embargo, no se puede concluir que este sea un patrón generalizado, debido a que otras publicaciones muestran datos

distintos; además de que el grueso de la población de hombres en México y otros países en desarrollo sólo cuentan con la educación básica o la escolaridad de 6 a 9 años.

La determinación de prevalencia en los grupos correspondientes a estado civil muestra diferencias sin poder identificar un patrón y menos poder concluir que se trate de un factor para el desarrollo de depresión en hombres de 45 a 60 años.

Por último, la ocupación o la actividad laboral que desempeñan los hombres de 45 a 60 años y los síntomas depresivos no fue posible contrastarlos con otros estudios, lo que da pie a desarrollar investigaciones en esta temática, que pueden tener alto impacto en la medicina laboral como posible causa de ausentismo, incapacidades y otros aspectos negativos hacia el área laboral.

16. RECOMENDACIONES

A pesar de que la presente investigación no tuvo como objetivo el análisis diagnóstico del cuestionario PHQ-9, se sabe que se trata de un instrumento con validez, confiabilidad, adaptado a la población mexicana y de fácil aplicación, por lo que se recomienda como una herramienta útil en el reconocimiento de síntomas depresivos en la consulta diaria del médico familiar en el IMSS, así como en otras instituciones.

En los ámbitos preventivo y clínico, se recomienda aplicar estrategias para la pronta detección de trastorno depresivo en la población de hombres, ya que se trata de un grupo poco estudiado, por esa misma razón, se convierte en un grupo vulnerable para este trastorno y otros.

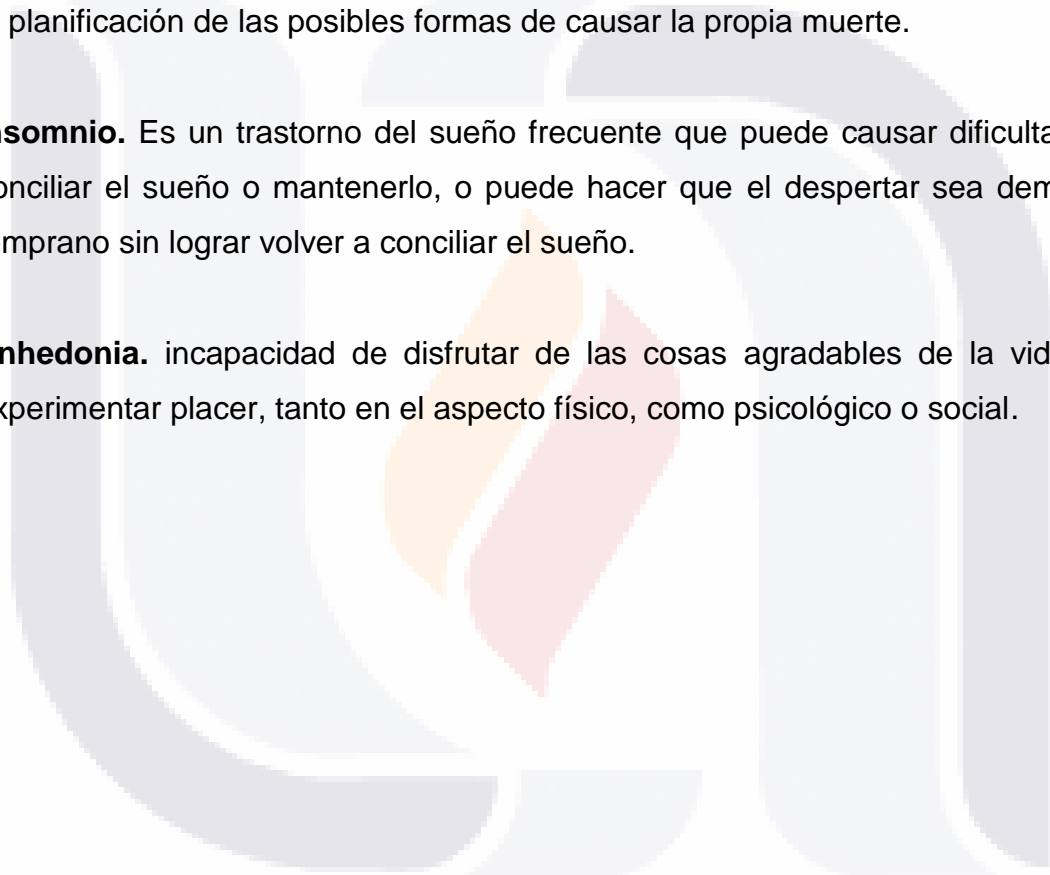
17. GLOSARIO

Depresión. trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.

Idea suicida. Pensamiento sobre autolesión, existe la consideración deliberada o la planificación de las posibles formas de causar la propia muerte.

Insomnio. Es un trastorno del sueño frecuente que puede causar dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo, o puede hacer que el despertar sea demasiado temprano sin lograr volver a conciliar el sueño.

Anhedonia. incapacidad de disfrutar de las cosas agradables de la vida y de experimentar placer, tanto en el aspecto físico, como psicológico o social.



18. REFERENCIAS

1. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299–312.
2. Cole B, Davidson M. Exploring men’s perceptions about male depression. *Psychol Men Masculinities*. 2018; 20:459–66
3. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, et al. Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2018 Apr 1;75(4):336–46.
4. Toyoshima K, Inoue T, Shimura A, Masuya J, Ichiki M, Fujimura Y, et al. Associations between the depressive symptoms, subjective cognitive function, and presenteeism of Japanese adult workers: A cross-sectional survey study. *Biopsychosoc Med*. 2020 May 4;14(1).
5. Kim MD, Hong SC, Lee CI, Kwak YS, Shin TK, Jang YH, et al. Prevalence of depression and correlates of depressive symptoms for residents in the urban part of Jeju Island, Korea. *International Journal of Social Psychiatry*. 2007 Mar;53(2):123–34.
6. Leathers C, Kroenke K, Flanagan M, Diaz S, Gruber R, Tran G, et al. Somatic, Anxiety, and Depressive (SAD) Symptoms in Young Adult Latinx Immigrants: Prevalence and Predictors. *J Immigr Minor Health*. 2021 Oct 1;23(5):956–64.
7. Herreen D, Rice S, Currier D, Schlichthorst M, Zajac I. Associations between conformity to masculine norms and depression: age effects from a population study of Australian men. *BMC Psychol*. 2021 Dec 1;9(1).
8. Vázquez FL, Muñoz RF, Becoña E. *DEPRESIÓN: DIAGNÓSTICO, MODELOS TEÓRICOS Y TRATAMIENTO A FINALES DEL SIGLO XX*. Vol. 8, *Psicología Conductual*. 2000.
9. Vázquez Machado A., *Depresión. Diferencias de género*. 2013; 17 (3): 1-21
10. Organización Panamericana de la Salud. *Depresión y otros trastornos mentales comunes Estimaciones sanitarias mundiales*. 2017. 1-24.
11. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana; 2014.

12. Laval U, City Q, Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. www.thelancet.com [Internet]. 2012; 379:1129–70. Available from: www.thelancet.com
13. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 772/21 14 DE DICIEMBRE DE 2021 PÁGINA 1/3 PRESENTA INEGI RESULTADOS DE LA PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE BIENESTAR AUTORREPORTADO (ENBIARE) 2021.
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y hombres en México 2020. 2021. 1-303.
15. Puc M, et. al. Análisis de las causas de ausentismo injustificado con un grupo focal de enfermeras. 2005; 13 (3): 141-145.
16. García–García JA, y cols., Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. 2013; 2 (8): 217-224.
17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure.
18. Arrieta J, Aguerrebere M, Raviola G, Flores H, Elliott P, Espinosa A, et al. Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *J Clin Psychol*. 2017 Sep 1;73(9):1076–90.
19. Ley N, General L, Salud DE. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios LEY GENERAL DE SALUD.
20. Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013: 1-9.



19. ANEXOS

Anexo A. Instrumento PHQ 9

PHQ9-Depresión					
Nombre: _____		Fecha: _____			
Edad: _____	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Cónyuge				
Escolaridad:	<input type="checkbox"/> Básico primaria <input type="checkbox"/> Sin escolaridad	<input type="checkbox"/> Básico secundaria <input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> Medio superior <input type="checkbox"/> Posgrado	<input type="checkbox"/> Medio superior con <input type="checkbox"/> carrera técnica	
Occupación:	<input type="checkbox"/> Funcionarios, directores y jefes <input type="checkbox"/> Profesionistas y técnicos	<input type="checkbox"/> Trabajadores auxiliares en actividades administrativas <input type="checkbox"/> Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas	<input type="checkbox"/> Trabajadores en servicios personales y de vigilancia <input type="checkbox"/> Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca	<input type="checkbox"/> Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios <input type="checkbox"/> Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte	
Trabajadores en actividades elementales y de apoyo Otra					
NOTA: Mencionar antes de cada pregunta ¿Durante las últimas dos semanas...?					
		Nunca (0)	Pocos días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi diario (3)
1.	¿Ha sentido poco interés en hacer las cosas? (ejemplo: que no le den ganas de hacer su trabajo, realizar actividades cotidianas en casa)				
2.	¿Se ha sentido triste, desesperado(a) o decaído(a)?				
3.	¿Le ha costado trabajo dormirse? ¿o que duerma demasiado?				
4.	¿Se ha sentido cansado(a) o con poca energía?				
5.	¿Ha tenido menos hambre o ha sentido que come menos? ¿o ha sentido que le dé más hambre o que come más de lo normal?				
6.	¿Ha sentido que le ha fallado a alguien o que se haya sentido culpable?				
7.	¿le cuesta trabajo poner atención o concentrarse por estar pensando mucho? (ejemplo: cuando platica con alguien, al hacer su trabajo, al ver la tele)				
8.	¿Se ha sentido más lento(a) de lo normal o que se tarda más en hacer su oficio o su trabajo? ¿o que esté tan intranquilo(a) que no se pueda dejar de mover?				
9.	Muchas veces, cuando hay muchos problemas y la vida es difícil es común llegar a pensar que sería mejor estar muerto(a). En las últimas dos semanas, ¿ha llegado a pensar en quitarse la vida?				
PUNTOS TOTALES DE PHQ9: _____					

<p>Evaluación de riesgo suicida</p>
<p>Si la persona dijo que Sí ha pensado en quitarse la vida, preguntar:</p>
<p>A) ¿Ha pensado en cómo lo haría o ya tiene un plan? <i>Escribirlo aquí:</i></p>
<p>-Si la persona NO tiene un plan suicida, avisar al médico y estar al pendiente del paciente -Si la persona Sí tiene un plan suicida, preguntar:</p>
<p>B) ¿Qué acciones ya ha realizado para terminar con su vida? <i>Escribirlo aquí:</i></p>
<p>Si el paciente sí tiene un plan detallado de cómo suicidarse, avisar al médico urgentemente. Si no está el médico, avisar a familiares y no dejarlo solo.</p>

Anexo B. Carta de consentimiento informado

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	DEPRESIÓN EN HOMBRES DE 45 A 60 AÑOS DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1, DEL ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA AGUASCALIENTES
Lugar y fecha:	UMF # 1 Aguascalientes Aguascalientes, marzo 2023
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	En México la población masculina es del 48.8% (11), y la depresión es una de las patologías mentales de gran importancia. Dentro de la investigación a llevar a cabo se hará pesquisa de depresión en la población masculina, al ser el grupo de población que acude con menor frecuencia a la consulta médica, y los casos detectados se les derivará con el medico familiar y con el médico psiquiatra, se ejecutará en la edad de los 45 a 60 años. La importancia de la realización del estudio es conocer el alto índice de depresión en los hombres, al diagnosticarlos oportunamente y derivarlos tempranamente con el médico para un tratamiento pertinente en los pacientes.
Procedimientos:	Se me ha explicado y he entendido las partes del instrumento a realizar. Se me solicita la firma aval en el consentimiento informado. Se me explican beneficios y riesgos en la participación de la investigación
Posibles riesgos y molestias:	Los riesgos potenciales son mínimos, se consideran psicológicos, en caso de presentarse se derivará con un profesional para su ayuda.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la situación personal de esta patología, y en caso de presentarla, se enviará a la consulta externa de Medicina familiar o al área de Psicología, en caso de la presencia de ideaciones suicidas, se enviará al área de urgencias para su manejo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El resultado es conocer la presencia de depresión en hombres de 45 a 60 años, derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 en Aguascalientes, los resultados y las cartas de consentimiento informado se resguardarán por el investigador por un periodo de 10 años, compromiso sujeto a supervisión por la CONBIOÉTICA. En caso de necesitar tratamiento, se enviará al área correspondiente.
Participación o retiro:	Me puedo retirar en cualquier momento, entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho de retirarme del estudio en el momento que yo lo considere pertinente.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos otorgados durante el estudio serán confidenciales y no se identificará públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida
En caso de colección de material biológico (si aplica)	<input type="checkbox"/> No autorizo que se tome la muestra <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio <input type="checkbox"/> Su 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:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador principal:	Dra. Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 1 Domicilio: José María Chávez 1202 esquina con Jardín del estudiante Fraccionamiento Linda Vista Teléfono celular: 449 911 21 34 e- mail: otara_lizeth@hotmail.com
Investigador asociado:	Dr. Juan Miguel Ortiz Rodríguez Lugar de adscripción Unidad de Medicina Familiar No. 1 Domicilio: José María Chávez 1202 esquina con Jardín del estudiante Fraccionamiento Linda Vista Teléfono celular: 449 128 44 23 e- mail: cfb1_402@hotmail.com
Colaboradores:	
<p>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</p>	
 <p>Dr. Juan Miguel Ortiz Rodríguez</p>	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
<p>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 patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica</p>	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

Anexo C. Manual operacional

MANUAL OPERACIONAL
INSTITUTO MEXI MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1, OOAD AGUASCALIENTES

DEPRESIÓN EN HOMBRES DE 45 A 60 AÑOS DERECHOHABIENTES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1, DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN
ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA AGUASCALIENTES

ENCUESTA CON LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO PHQ-9

Se capacitó al encuestador para la aplicación de los instrumentos, se explicará que previamente a su aplicación se otorgará el consentimiento informado al encuestado, aclarando cualquier duda en su llenado, comentado que su participación es de manera voluntaria, y los riesgos en su aplicación son mínimos, en caso de presentar datos de depresión se enviará al servicio de psicología o la consulta externa de medicina familiar, y en caso de ideaciones suicidas, se enviará al servicio de urgencias. Los datos del encuestado serán manejados de manera confidencial. Se le solicitará su nombre y firma en el consentimiento informado en la parte inferior, para aprobar la aplicación del cuestionario.

Para la aplicación del cuestionario, llenará los siguientes datos, aclarando todas las dudas del encuestado.

1. Nombre: Se anotará el nombre completo de la persona a encuestar, sin abreviaturas, ejemplo:

Juan Miguel Ortiz Rodríguez

2. Fecha: Se escribirá la fecha de aplicación del cuestionario, de acuerdo con el siguiente formato:

07/03/2023

3. Edad: Se pondrá los años cumplidos hasta la fecha en que se aplica el instrumento, ejemplo:

31 años

4. Estado civil: situación en la que se encuentra actualmente la persona, ejemplo:

- *Casado: que se unió en matrimonio mediante el registro civil.*
- *Soltero: que no se encuentra unido con otra persona por el registro civil, y no vive con su pareja.*
- *Viudo: que sufrió la muerte de su cónyuge, y no ha vuelto a casarse.*
- *Separado: que se ha roto la relación matrimonial, pero sin obtener el divorcio.*
- *Divorciado: se ha roto la relación matrimonial por el registro civil.*
- *Cónyuge: tiene pareja, y actualmente se encuentra viviendo con ella.*

5. Escolaridad: grado de estudios académicos:

- *Sin escolaridad: que no tiene ningún grado de estudios.*
- *Básico primaria: que terminó los 6 años de primaria*
- *Básico secundaria: que terminó los 3 años de secundaria.*
- *Medio superior: que terminó los 3 años de bachillerato o preparatoria.*
- *Medio superior con carrera técnica: que terminó los 3 años de bachillerato y la realización de una carrera técnica en la misma escuela.*
- *Superior: que terminó una licenciatura o ingeniería, a nivel profesional.*
- *Posgrado: que terminó una maestría, doctorado o especialidad.*

6. Ocupación: Actividad que realiza para recibir ingresos económicos, ejemplo:

- *Funcionarios, directores y jefes: gerentes o encargados de una empresa o un área.*

- *Trabajadores auxiliares en áreas administrativas: persona que realiza tareas administrativas o de oficina.*
- *Trabajadores en servicios personales y de vigilancia: persona que trabaja en centros penitenciarios o en alguna empresa privada de vigilancia.*
- *Trabajadores artesanales, en la construcción y otros oficios: Persona que se dedica en actividades relacionadas con la construcción o actividades artesanales (usando las manos).*
- *Trabajadores en actividades elementales y de apoyo: Persona que trabaja dentro de una empresa o industria, pudiendo desempeñar diferentes funciones dentro de una misma área.*
- *Profesionistas y técnicos: Personas con licenciatura, ingeniería o una carrera técnica, que se dedican a su estudio realizado.*
- *Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas: Persona con negocio propio que se dedica al comercio o a las ventas.*
- *Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca: Persona que se dedica a la agricultura o ganadería, tala de árboles, caza de animales o pesca.*
- *Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte: Persona que maneja equipos de mantenimiento de caminos, puentes, aeropuertos, gasoductos, manejo de algún vehículo de carga o de transporte.*
- *Otra: otro empleo o actividad laboral que no se encuentre en las opciones anteriores.*

Al momento de contestar la encuesta, el encuestado deberá conocer que las preguntas son dirigidas si ha presentado alguno de los síntomas en las últimas 2 semanas, de acuerdo con la fecha que responde el cuestionario, respondiendo solamente una opción por pregunta, de las 4 opciones disponibles (nunca, pocos días, más de la mitad de los días, casi diario).

1. ¿Ha sentido poco interés en hacer las cosas? (ejemplo: que no le den ganas de hacer su trabajo, realizar actividades cotidianas en casa)
2. ¿Se ha sentido triste, desesperado(a) o decaído(a)?
3. ¿Le ha costado trabajo dormirse?, ejemplo: que duerma muy poco ¿O que duerma demasiado?
4. ¿Se ha sentido cansado(a) o con poca energía?
5. ¿Ha tenido menos hambre o ha sentido que come menos? ¿O ha sentido que le dé más hambre o que come más de lo normal?
6. ¿Ha sentido que le ha fallado a alguien o que se haya sentido culpable?, ejemplo: que sienta que es el responsable de algún hecho o acción.
7. ¿le cuesta trabajo poner atención o concentrarse por estar pensando mucho? (ejemplo: cuando platica con alguien, al hacer su trabajo, al ver la tele)
8. ¿Se ha sentido más lento(a) de lo normal o que se tarda más en hacer su oficio o su trabajo? ¿o que esté tan intranquilo(a) que no se pueda dejar de mover?
9. Muchas veces, cuando hay muchos problemas y la vida es difícil es común llegar a pensar que sería mejor estar muerto(a). En las últimas dos semanas, ¿ha llegado a pensar en quitarse la vida?, ejemplo: que sienta la necesidad de ya no querer estar en esta vida.

En caso de responder a la última pregunta: pocos días, más de la mitad de los días o casi diario, procederá a responder la siguiente pregunta:

¿Ha pensado en cómo lo haría o ya tiene un plan?

En caso de que no, se deberá notificar a un médico para estar al cuidado del paciente. En caso de que haya respondido que sí, contestará la siguiente pregunta:

¿Qué acciones ya ha realizado para terminar con su vida?

En caso de que ya ha realizado alguna acción, se deberá notificar al médico urgentemente y se enviará al servicio de urgencias, nunca dejando solo al paciente.



Anexo D. Dictamen de aprobación del Comité Local de Investigación en Salud



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **101**,
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA Jueves, 20 de abril de 2023

M.C. Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **DEPRESIÓN EN HOMBRES DE 45 A 60 AÑOS DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1, DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA AGUASCALIENTES** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2023-101-016

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

ATENTAMENTE

M.E. CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo E. Dictamen de aprobación del Comité de Ética

SIRELCIS

18/04/23, 13:02



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 1018
H GRAL ZONA NUM 1

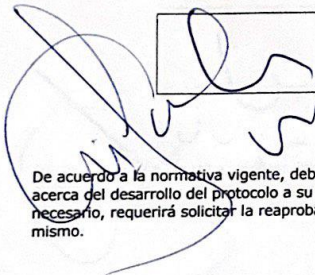
Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Martes, 18 de abril de 2023

M.C. Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **DEPRESIÓN EN HOMBRES DE 45 A 60 AÑOS DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.1, DEL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA AGUASCALIENTES** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

 Número de Registro Institucional
Sin número de registro

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

ATENTAMENTE

M.C. Sarahi Estrella Maldonado Paredes
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo F. Carta de no inconveniente al Comité Local en Investigación



GOBIERNO DE
MÉXICO



Unidad de Medicina Familiar 1
OOAD Aguascalientes, Ags!

Aguascalientes, a 7 de marzo de 2023

Of. N° 010106252110/049/2023.

Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro
Presidente de CLIES 101
Delegación Aguascalientes
Presente

ASUNTO: Carta de no inconveniente

Por este conducto manifiesto que NO TENGO INCOVENIENTE para que la doctora Georgina Lizeth Villagrana Gutiérrez, investigadora principal adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, OOAD Aguascalientes, realice el proyecto titulado: **Depresión en hombres de 45 a 60 años derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.1, del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Aguascalientes**, que se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS OOAD Aguascalientes, el cual es protocolo de tesis del médico residente Juan Miguel Ortiz Rodríguez adscrito al Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD) Aguascalientes. En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda, le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

Dr. Roberto Terrones Gómez



Director UMF No. 1
Matricula 9786953
Ced. Prof. 2004431



Dr. Roberto Terrones Gómez

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 1

Jose Maria Chávez 1202 C. P. 20270, Ciudad de Aguascalientes
Tel. 449 9139022 Ext. 41400, 41401 www.imss.gob.mx



2023
AÑO DE
**Francisco
VILLA**
EL HERALDO DEL NOROCCIDENTE

