



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

---



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN XVI PONIENTE DEL ESTADO DE MÉXICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON URGENCIAS No. 61  
NAUCALPAN, ESTADO DE MEXICO

**DEPRESION EXISTENTE EN PACIENTES GERIATRICOS, CON  
DIABETES MELLITUS, EN LA UMF 65 DEL IMSS**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

YOLANDA MONROY NAVARRETE

Número de registro: R-2017-1503-96

Naucalpan, Estado de México 2020

ASESOR:

Mtro. C.E. Dr. Javier Antonio López Aquino



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

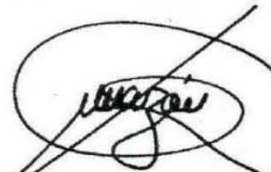
**DEPRESIÓN EXISTENTE EN PACIENTES GERIÁTRICOS, CON  
DIABETES MELLITUS, EN LA UMF 65 DEL IMSS.**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

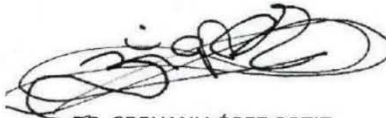
PRESENTA:

**YOLANDA MONROY NAVARRETE**

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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



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



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

**DEPRESION EXISTENTE EN PACIENTES GERIATRICOS, CON  
DIABETES MELLITUS, EN LA UMF 65 DEL IMSS**

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

PRESENTA  
YOLANDA MONROY NAVARRETE

AUTORIZACIONES



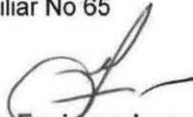
**Dra. Mayra Adoraim Aguilar González**

Profesora titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos  
Generales en la Unidad de Medicina Familiar con Urgencias No 61



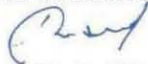
**Dr. Javier Antonio López Aquino**

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud en la Unidad de Medicina  
Familiar No 65



**Dr. Mauricio Espinosa Lugo**

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en salud en la Unidad de Medicina  
Familiar con Urgencias No 61 Sede de Curso de Especialización en Medicina Familiar  
para Médicos Generales del IMSS



**Dra. Rosa María Piña Nava**

Coordinadora Auxiliar Médico de Educación en Salud, Delegación 16  
Estado de México, Poniente

**Dr. Jesús Marco Antonio Juárez Romero**

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional,  
Delegación 16 Estado de México, Poniente

Naucatlán, Estado de México 2020



## **Dedicatoria**

A mi hija, Sofia, por ser mi motor de vida...gracias hija, por enseñarme tantas cosas, por dejarme ser tu mamá, por aguantar mis ausencias, Te Amo.

A mi esposo, Daniel, por ser mi compañero y nunca dejarme caer...gracias amor

A mis papás, no tengo como agradecerles tanto, sin ustedes nada sería posible, gracias por el apoyo, por el amor y la confianza, mil veces gracias.

A mi hermana, Adriana, gracias por los ánimos, por la ayuda, por estar siempre ahí.

A cada integrante de mi familia, abuela Cecy, tíos, primos, muchas gracias, los quiero

A mis amigos, compañeros de vida, que han estado conmigo durante tantos años, a los que conocí al iniciar esta aventura, sin ustedes no hubiera sido lo mismo, gracias por el apoyo y por los buenos momentos.

Al Dr. Mauricio por el apoyo y las enseñanzas

A la Dra. Rubí Meza, por el cariño y apoyo

Dr. Aquino, Dra. Mayra, gracias.

A mi amada Universidad por darme una nueva oportunidad, por todo lo que me ha dado, gracias UNAM.

A mi otra casa, el IMSS, por creer en mí.

A todos mis profesores...un millón de gracias

## **Contenido**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	17
OBJETIVO GENERAL .....	17
Hipótesis .....	20
CARACTERISTICAS DE LOS TESTIGOS.....	21
CRITERIOS DE INCLUSION .....	22
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	22
CRITERIOS DE ELIMINACION .....	22
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	23
Descripción general del estudio.....	26
Instrumento de recolección .....	27
Recursos para el estudio.....	27
CONSIDERACIONES ETICAS.....	28
ANALISIS DE RESULTADOS.....	39
CONCLUSIONES .....	41
BIBLIOGRAFIA.....	42
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	45
Anexos .....	46

## RESUMEN

Depresión existente en pacientes geriátricos, con diabetes Mellitus, en la UMF 65 del IMSS<sup>1,2</sup>

**INTRODUCCION:** La prevalencia de depresión aumenta en pacientes con Diabetes, comparada con adultos mayores sin otras patologías. La depresión en pacientes diabéticos se asocia a menor funcionamiento físico, menor adherencia por lo que es relevante realizar un tamizaje oportuno. **OBJETIVO:** Evaluar la depresión existente, en pacientes geriátricos, portadores de Diabetes Mellitus, en la UMF 65, del IMSS, **MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un estudio transversal, observacional, prospectivo y abierto, recolección de datos a través de una encuesta, Test de Yesavage. **RESULTADOS:** Se estudiaron 164 pacientes edad mínima 65 años, máxima de 90 años, media de 71.4 años, moda de 70 años, mediana de 70 años y una desviación estándar de 4.8 años. predominaron pacientes del sexo femenino con 61% el sexo masculino represento el 39% , casados con 42%, siguieron viudos con 33.5% casos, divorciados con 10.4%, unión libre con 9.8% y solteros 3%, Se encontró una depresión establecida en un 31.7% de la población estudiada, probable depresión en el 43.9% y el 23.8% de la población no mostro datos de depresión, prevaleció la depresion establecida en pacientes del sexo femenino **CONCLUSIONES:** Es importante valorar el estado mental del adulto mayor para evitar complicaciones, el manejo adecuado de las comorbilidades así como la polifarmacia, el objetivo es llevar al paciente a que alcance una buena calidad de vida dentro de su esfera biopsicosocial y lo más importante, dentro de su entorno familiar. Palabras clave: Depresión, Diabetes

1 Dra. Yolanda Monroy Navarrete Residente de tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar, para médicos generales del IMSS

2 Dr. Javier Antonio López Aquino, asesor metodológico

## INTRODUCCION

Se puede definir a la Diabetes Mellitus como una enfermedad crónica, no transmisible, que se caracteriza, fundamentalmente por la alteración del metabolismo de la glucosa, pero también de los lípidos y las proteínas, siendo un problema de salud pública a nivel mundial ocasionando no solo daño a la salud física, sino también afectaciones a la salud mental de quien lo padece. <sup>(1)</sup>

Se considera un problema de salud pública a nivel mundial, el aumento de las personas afectadas por diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) se debe a varios factores:

- El crecimiento de la población.
- El envejecimiento de la población, la diabetes es más común en personas mayores; sin embargo, debido a diferencias demográficas, en países ricos la diabetes predomina arriba de los 60 años y en los países en vías de desarrollo la edad está entre los 40 y 60 años.
- La urbanización, asociada a cambios alimentarios y de un estilo de vida más sedentario
- La epidemia de obesidad, derivada de mayor prosperidad y reducción de la actividad física.

Se estima que existen, en el mundo, 170 millones de personas afectadas por diabetes Mellitus el cual se duplicaría para el año 2030. <sup>(2)</sup>

Se puede clasificar en las siguientes categorías:

Diabetes Mellitus tipo 2: Trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina.



Prediabetes: Se considera a la glucosa anormal de ayuno y la intolerancia a la glucosa, ya sea de manera aislada o combinados.

Glucosa anormal de ayuno: Se refiere al hallazgo de concentración de glucosa en ayuno, por arriba del valor normal (S 100mg/dL); pero, por debajo del valor necesario para diagnosticar la diabetes (<126mg/dL).

Glucosa postprandial: Presencia de la concentración de glucosa capilar 2 horas después de la ingesta de alimento, inicia desde el momento de la ingerir el primer bocado (U 140 mg/dL).<sup>(2)</sup>

### Síntomas y signos

Poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, pero los pacientes pueden cursar asintomáticos y tener hiperglucemia.

En ocasiones hay síntomas inespecíficos, como mal estado general o bien pueden referir infecciones urinarias, vaginales y periodontales de repetición<sup>(3)</sup>

En la población urbana es más frecuente el sedentarismo, la obesidad y el bajo consumo de fibras, mientras que en la población rural se encuentra un mayor consumo de alcohol y tabaco; la población de la zona urbana con IMC mayor de 30 kg/m<sup>2</sup> es cuatro veces más que la reportada en la rural.<sup>(4)</sup>

Las estrategias requeridas para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles son complejas y costosas; como resultado, pese al gasto del sector salud, muchos pacientes son tratados en forma tardía o insuficiente. Por lo tanto, la prevención y el tratamiento eficaz de las enfermedades crónicas no transmisibles deben ser una prioridad en las políticas públicas.<sup>(5)</sup>

### **Diabetes en el mundo**<sup>(6)</sup>

Organización Mundial de la salud (OMS): en el mundo hay más de 347 millones de personas diabéticas. Se calcula que en el 2012 fallecieron 1.5 millones de personas como consecuencia del exceso de azúcar en la sangre. Mas del 80% de las muertes

por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de estas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres. La OMS prevé que las muertes por Diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030, la Diabetes tipo 2 representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. <sup>(6)</sup>

Hasta hace poco, la Diabetes tipo 2 solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.

La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco pueden prevenir la Diabetes tipo 2 o retrasar su aparición. <sup>(6)</sup>

La Diabetes Mellitus se identifica como la primera causa de muerte (directa o indirecta) en nuestro país, principalmente debido a complicaciones cardiovasculares; el 80% de las muertes de origen cardiovascular ocurren en la población geriátrica; además, el 66-75% de la población geriátrica presenta aterosclerosis generalizada subclínica y dislipidemias, lo que incrementa aún más el riesgo de la morbimortalidad <sup>(7)</sup>

### **Encuesta nacional de salud y nutrición 2012 <sup>(6)</sup>**

La Diabetes Mellitus se encuentra entre las primeras causas de muerte en México. 4 millones de personas refirieron haber sido diagnosticadas con Diabetes.

La proporción de adultos con diagnóstico previo de diabetes es de 9.2%, la cifra de diagnóstico previo aumenta después de los 50 años. Los estados con prevalencias más altas son: Distrito Federal, Nuevo León, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí.

Representa un gasto de 3.430 millones de dólares al año, en su atención y complicaciones. El incremento en la actividad física, dieta adecuada y reducción de

peso, disminuyen el riesgo de desarrollar diabetes entre 34% y 43%, efecto que puede durar de 10 a 20 años después de concluida la intervención.

### **Federación Internacional de Diabetes (IDF) <sup>(6)</sup>**

Más de 415 millones de personas tienen diabetes, para 2040 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 642 millones. 1 de cada 11 adultos vive con diabetes. 5% no tienen diagnóstico. México ocupa el sexto lugar mundial en número de personas con diabetes, el número de personas con diabetes está aumentando en cada país, el 77% de las personas con diabetes viven en países de ingresos bajos y medios. La mitad de las muertes atribuibles a la diabetes ocurre en personas menores de 60 años. Cada 6 segundos una persona muere a causa de la Diabetes. La mayoría de las personas con Diabetes tienen entre 40 y 59 años de edad. La mitad de las personas con Diabetes no son conscientes de su condición. La diabetes causó 4.9 millones de muertes en 2014<sup>(6)</sup>

En la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la prevalencia de diabetes Mellitus fue de 10.5 % durante el 2010.

En la consulta de medicina familiar ocupó el segundo lugar de demanda; en especialidades, el quinto lugar; y en la consulta de urgencias y como motivo de egreso hospitalario, el octavo. En los programas de diálisis, cinco de cada 10 pacientes atendidos eran diabéticos tipo 2 con riesgo cardiovascular mayor; se estimó que entre siete y ocho de cada 10 personas con diabetes murieron por problema macro vascular <sup>(8)</sup>

La diabetes ha originado al menos 548 millones de dólares de gasto sanitario en 2012. el 11% de los gastos totales de sanidad en adultos (20-79 años).

54.2000 niños viven con diabetes tipo 1. 78.000 niños desarrollaran diabetes tipo 1 cada año. La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de muerte entre las personas con diabetes, y puede representar el 50% o más de muertes debidas a la diabetes en algunas poblaciones. Se estima que en el mundo existen 1.70 millones de personas afectadas por diabetes Mellitus, el cual se duplicara para

el 2030.

La diabetes Mellitus es la primera causa de muerte a nivel nacional y se estima que la tasa de mortalidad crece 3% cada año En el IMSS durante el período 2004-2009 la DM ha sido la primera causa de muerte con 21,096 defunciones en el año 2011

(2)

## **Diabetes y depresión**

Los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas presentan reacciones de adaptación y quejas emocionales entre las que destacan la depresión y la ansiedad, las que obviamente demandan tratamiento psicoterapéutico paralelo al tratamiento médico <sup>(9)</sup>

Se deben buscar síntomas de depresión en el paciente diabético; la depresión es un trastorno afectivo caracterizado por una serie de manifestaciones psicofísicas que se traducen en una alteración de la vitalidad y del funcionamiento de la persona, no obstante, se conoce poco la magnitud del problema de la depresión en pacientes de primer nivel de atención, ya que sólo 37% son detectados. <sup>(9)</sup>

Es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%.

(10)

No obstante, el hecho de tener una información más amplia, como ocurre con las personas con más estudios, no siempre repercute con un mayor cumplimiento. Algunos pacientes refieren que la preocupación por la diabetes aparece o se incrementa con las complicaciones que alteran aspectos significativos de su vida.

(11)

Se ha demostrado que mientras más información tenga el paciente, más se incrementa su fortaleza a la enfermedad, y se disminuyen aspectos como la ansiedad, la depresión y otro tipo de trastornos psiquiátricos <sup>(11)</sup>

La diabetes es un factor de riesgo para desarrollo de ansiedad y depresión, como ya se mencionó, estos estados emocionales se asocian con una amplia variedad de efectos negativos, estas condiciones emocionales influyen en el cumplimiento de las recomendaciones sobre el estilo de vida, ocasionando una disminución de la calidad de esta misma, problemas de conducta de auto cuidado y deterioro del control glucémico, esto puede conducir a problemas emocionales que impiden que el paciente se adhiera al tratamiento y las recomendaciones de su médico tratante. Como consecuencia se presenta disminución de la calidad de vida del paciente y aumento de los costos del cuidado de la salud. <sup>(11)</sup>

Existe una importante estigmatización que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce la enfermedad misma <sup>(12)</sup>

De la depresión se puede decir que es una enfermedad mental que consiste en un trastorno del estado de ánimo, su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Es el desorden afectivo más frecuente en la población adulta mayor y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo. <sup>(13)</sup>

La prevalencia de la depresión entre la población general varía de 5 a 10%; en los pacientes con diabetes es más elevada: 30 a 65%. <sup>(13)</sup>

Entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico; c) estar desempleado (más en hombres); d) aislamiento social; e) tener problemas legales; f) experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración. Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva.

Así mismo al incrementar el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión. Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8%,

disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor. La asociación entre escolaridad y depresión fue similar en hombres y mujeres <sup>(14)</sup>

De entre todas las demandas y necesidades de salud de los ancianos, las relacionadas con la salud mental y, específicamente, los trastornos afectivos adquieren un especial interés porque tienen una relación directa con el incremento de la demanda de los servicios de salud y sus costos, los servicios sociales y con el detrimento en la calidad de vida, así como también por la frecuente subestimación y baja frecuencia de diagnóstico de estos padecimientos en la población anciana. <sup>(15)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de enfermedad más importante a nivel mundial, generando un considerable sufrimiento a quienes la padecen, los problemas asociados a ella son extremadamente costosos a la sociedad y una limitación para su tratamiento es que frecuentemente pasa inadvertida. <sup>(1)</sup>

El problema de las depresiones no solo atañe al campo de la psiquiatría, sino a la medicina general y a la sociedad, y lo que es más importante, a la persona. Ninguna enfermedad mental y muy pocas enfermedades médicas conllevan un grado de sufrimiento subjetivo tan intenso como los trastornos depresivos. <sup>(1)</sup>

Algunos pacientes expresan sentimientos de frustración y rechazo provocados por el diagnóstico de la enfermedad, por los malos resultados o por las limitaciones y renunciaciones que la diabetes acarrea; así como estrés y culpabilidad asociados con las dificultades o resistencias para cambiar, peor afrontamiento y bajo apego al tratamiento <sup>(13)</sup>

La depresión se diagnostica con base en el número de síntomas detectados en una persona al momento de llevar a cabo una entrevista clínica; al menos cinco síntomas presentes durante dos semanas, entre los que se encuentran: estado depresivo, pérdida de interés en actividades diarias, pérdida o aumento de peso, pérdida del

apetito, insomnio, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de ausencia de valor, culpa, pérdida de la capacidad de concentración o de tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, agitación o retraso psicomotor.<sup>(13)</sup>

Una de las mejores fuentes de información actualmente disponibles acerca de la depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002. Se trata de una encuesta con una muestra probabilística y representativa de la población urbana entre 18 y 65 años de edad, que incluyó a 5 782 participantes<sup>(16)</sup>

De acuerdo con la información que se obtuvo en esta encuesta, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida; y según señalan una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años<sup>(16)</sup>

## **El paciente geriátrico**

El envejecimiento es un proceso idiosincrático, dinámico y sociológico que se caracteriza por cambios biopsico-sociales en la vida, enmarcados en un contexto cultural que requiere un abordaje multifactorial y multidisciplinario para su comprensión<sup>(17)</sup>

La pirámide de población de México perderá su forma triangular, característica de una población joven, para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas. En 1970 cerca de 50 por ciento de la población tenía menos de quince años de edad.<sup>(18)</sup>

El proceso de envejecimiento demográfico de México no es reversible, pues los adultos mayores de mañana ya nacieron. Lo anterior representa un desafío para el país y para el sector salud debido a que la población derechohabiente de los

distintos sistemas de salud está envejeciendo. La demanda de atención de los adultos mayores en medicina familiar se incrementará en promedio 3.64% anual de manera acelerada en los próximos 40 años a partir del 2010. <sup>(18)</sup>

En México, la Secretaría de Salud denomina adultos mayores a las personas con más de 60 años y la Organización Mundial de la Salud reconoce que el envejecimiento no sólo se determina por la edad sino por la calidad de vida de la persona, por ello propone una visión del envejecimiento activo. <sup>(18)</sup>

En la actualidad los adultos mayores son más longevos debido al desarrollo del conocimiento y los servicios socio-sanitarios tendientes a cuidar y alargar la vida, por lo que en cada generación aumenta la esperanza de vida promedio. <sup>(18)</sup>

En México la transición demográfica hacia el envejecimiento se hace evidente, se menciona que a partir de 2040 habrá más viejos que jóvenes y en el 2050 la población de adultos mayores será de 28,7 millones, con mayor prevalencia femenina. <sup>(18)</sup>

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud estima que la población de adultos mayores continuara creciendo hasta alcanzar los dos mil millones de adultos mayores hacia el año 2050 <sup>(19)</sup>

Se estima que la depresión geriátrica se presenta en tasas del 1 al 5%, y esta incidencia se incrementa junto con la edad. Más aun, el 13% de la población geriátrica padece de síntomas depresivos clínicamente significativos que no cumplen los criterios diagnósticos de depresión mayor, ni depresión menor. <sup>(19)</sup>

Entre quienes tienen más de 65 años la prevalencia de depresión se encuentra arriba de 20 % y es más frecuente en los desempleados, los viudos y los solteros.



Los pacientes ancianos con depresión tienen mayor dificultad en alcanzar la remisión y presentan mayor riesgo de sufrir recaídas. La consolidación de la remisión a través de fase de continuación del tratamiento es clave en la prevención de recaídas<sup>(22)</sup>

El objetivo del tratamiento debería incluir la remisión de los síntomas y el restablecimiento del funcionamiento social pre mórbido.<sup>(22)</sup>

Siendo la depresión una enfermedad importante a nivel de salud pública se creó la valoración geriátrica integral para mejorar la detección de este tipo de patologías en el anciano, ya que además se había identificado un gran problema que aumenta la prevalencia de pacientes geriátricos con depresión que no estén diagnosticados, el cual ocurre en atención primaria, donde suele caerse en el error de clasificar la depresión como un subdiagnóstico, lo que impacta negativamente el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios.<sup>(23)</sup>

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage han sido las dos escalas más utilizadas a nivel mundial para el tamizaje de los trastornos depresivos en ancianos. Su aplicación puede llevarse a cabo en un tiempo relativamente corto y de manera auto administrada, o bien por personal de salud con un mínimo de capacitación requerido. Estas dos escalas permiten identificar a los individuos con alta probabilidad de tener algún trastorno depresivo, aunque el diagnóstico final debe establecerse por personal especializado.<sup>(13)</sup>

La evaluación de los trastornos depresivos en adultos mayores requiere del uso de instrumentos rápidos, con aceptables propiedades psicométricas, que permitan una aproximación diagnóstica efectiva para personal especializado y no especializado de atención primaria y asistencia integral<sup>(24)</sup>

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos. Consta de 15 ítems y la forma de evaluar este test se basa en la asignación de un punto por cada respuesta en la que el individuo haya coincidido con las respuestas asignadas por el corrector del test, y la suma total se valorará: 0-10, normal; 11-14, depresión; superior a 14, depresión.  
(25,26)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Debido al incremento en la población geriátrica, en la población mundial, así como en la UMF 65, del IMSS que sufre alguna enfermedad crónica, en este caso la Diabetes Mellitus, y su relación con otras patologías, como la depresión, y dada la importancia de la asociación entre dichas patologías, surge la pregunta de investigación:

¿Cuál es la depresión existente, en pacientes geriátricos, con de Diabetes Mellitus, en la UMF65 del IMSS?

## **OBJETIVO GENERAL**

-Establecer la depresión existente, en pacientes geriátricos, con diabetes Mellitus en la UMF 65 del IMSS

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

-Determinar la depresión existente, en pacientes geriátricos, con Diabetes Mellitus, en la UMF 65 del IMSS

-Examinar la depresión existente, en pacientes geriátricos, con Diabetes Mellitus, en la UMF 65 del IMSS

-Ver la depresión existente, en pacientes geriátricos, con Diabetes Mellitus, en la UMF 65 del IMSS

## **JUSTIFICACION**

**Magnitud:** la Diabetes Mellitus es una enfermedad clasificada dentro del crónico degenerativas, actualmente se ha visto un incremento de casos cada año, por lo consiguiente, representa un problema de salud pública, que tiene una importante repercusión, tanto en el ámbito social, como en el económico, se asocia a un aumento en la frecuencia de trastornos del estado de ánimo, entre ellos, la depresión. Los pacientes portadores de esta patología tienen un riesgo mayor de presentar síntomas depresivos, que la población en general.

En México se registran más de 180 mil casos nuevos y aproximadamente 36 000 defunciones, en el IMSS, ocupa el segundo lugar de motivo de consulta en primer nivel, y el primer lugar en la consulta de especialidades, debido a sus complicaciones y comorbilidades, impactado así, en el incremento de incapacidades y pensión por invalidez.

**Trascendencia.** Debido al gran impacto a nivel nacional e institucional de la depresión y la diabetes Mellitus, así como sus complicaciones y la probable relación entre ambas, se considera de importancia realizar un temprano diagnóstico depresivo en pacientes diabéticos, para de esta manera evitar la mayor cantidad de complicaciones que representan un alto costo para el paciente, la institución y el país, de igual manera, el diagnóstico temprano, permitirá tener un tratamiento

oportuno y con ello se podrá mantener al paciente integrado en su núcleo familiar, comunidad y a la sociedad misma. Dado que la depresión es un padecimiento que se caracteriza por una disminución del estado anímico que afecta diferentes esferas biológicas, psicológicas y sociales de los individuos que la padecen, sus consecuencias tanto de la depresión mayor como de la depresión menor, incluyen una calidad de vida disminuida, declinación funcional y falta de interés del individuo por su entorno y de sí mismo. Lo que conlleva a una falta de apego al tratamiento, así como la aparición de complicaciones tempranas, de ahí la importancia del diagnóstico oportuno.

**Vulnerabilidad.** Ya que este padecimiento ha ido en incremento en los últimos años, en México, es necesario que el personal médico de primer nivel, en este caso, el Médico Familiar se encuentre debidamente capacitado para detectar en forma oportuna los factores de riesgo que pueden llevar al diagnóstico de diabetes Mellitus, así como identificar de manera temprana los síntomas de depresión, para iniciar oportunamente tratamiento, así como informar a la familia y poder formar redes de apoyo.

**Factibilidad.** El siguiente estudio tiene como propósito evaluar, clasificar, definir y detectar la existencia de depresión en los pacientes geriátricos, mayores de 65 años, portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. Por otra parte, debido a que el aumento de la esperanza de vida a nivel mundial ha provocado un aumento en la población de seres humanos longevos, y dado que nuestro país no es la excepción, la transición epidemiológica que se ha experimentado, ha hecho que en nuestro país, como en la mayoría de los países industrializados, las enfermedades crónicas superen a las agudas, como principales causas de muerte.

De manera que el número de paciente geriátricos ha aumentado, y con ellos, las patologías crónicas, así como diferentes factores socioculturales, que en conjunción los hace más susceptibles a tener alteraciones en el estado de ánimo, siendo la

depresión una de las principales patologías y dada la relación que existe entre ellas, de ahí la importancia de realizar esta investigación.

### **Hipótesis:**

H1 existe depresión en pacientes geriátricos, mayores de 65 años, con diabetes Mellitus en la UMF 65 del IMSS

H0 No existe depresión en pacientes geriátricos, mayores de 65 años, con diabetes Mellitus en la UMF 65 del IMSS

### **SUJETOS, MATERIAL Y METODOS**

#### **CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO:**

Este protocolo se realizó en la unidad de Medicina Familiar número 65, con servicio de Atención Medica Continua, del primer nivel de atención, delegación 16, Estado de México-Poniente, la cual pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social, Con domicilio en Avenida Huixquilucan No 1, colonia Buenavista, en Rio Hondo, Naucalpan, Estado de México, con una población adscrita total de 46760 pacientes, 22026 sexo masculino y 24734 del sexo femenino

La accesibilidad a la clínica es muy limitada, debido a la ubicación, ya que se encuentra en una región con difícil acceso, ya sea en transporte público o privado, al contar con solo una avenida irregular de doble sentido, de dos carriles y sin la presencia de pasos peatonales, lo que aumenta la peligrosidad de la avenida.

Esta Unidad de Medicina Familiar es una estructura de un piso, con 10 lugares de estacionamiento, para el personal que labora en la clínica, y uno para la ambulancia, cuenta con el servicio de Atención Medica Continua, con apoyo de ambulancia para traslados a segundo nivel, 10 consultorios de Medicina Familiar, distribuidos de la siguiente manera: 5 en la planta baja y 5 en el primer piso, 2

consultorios de estomatología, 1 consultorio de apoyo, 1 consultorio de Medicina del Trabajo, 1 consultorio de epidemiología y 1 consultorio de nutrición.

3 consultorios de medicina preventiva, un área de trabajo social, un área de laboratorio clínico y un área de servicio de radiología básica. Así mismo, cuenta con un área de gobierno, y un departamento de enseñanza, el cual consta de un aula anexa con capacidad aproximada para 20 personas.

## **TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio transversal por que las variables son medidas una sola vez. No se toma en cuenta la dirección del análisis solo se trata de establecer asociación. Es observacional porque solo se presencian los fenómenos, sin modificar las variables, descriptivo ya que se estudia solo un grupo, no se hacen comparaciones y es prospectivo por que define previamente y se planea, con la recolección de datos a través de una escala ya validada, Escala de valoración Geriátrica, Test de Yesavage, en su versión modificada a 15 ítems.

## **CARACTERISTICAS DE LOS TESTIGOS**

Se incluyeron en la presente investigación a pacientes geriátricos, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 65, adultos mayores de 65 años, con diabetes Mellitus

diagnosticada y que acudan a la consulta externa de la unidad. En el periodo comprendido del 1 marzo 2017 al 1 de marzo 2018

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

Paciente geriátrico, mayor de 65 años, con diagnóstico de Diabetes Mellitus establecido al momento de la investigación.

Sexo masculino y femenino

Pertenecientes al turno matutino y vespertino de la unidad de medicina familiar numero 65

Que acudan a la consulta externa de la unidad de Medicina Familiar numero 65

Cualquier nivel socioeconómico

Que acepten participar en el estudio

Que firmen el consentimiento informado

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

Paciente geriátrico mayor de 65 años sin diagnóstico de Diabetes Mellitus

Paciente geriátrico con diagnóstico de Diabetes Mellitus, menor de 65 años

Paciente geriátrico de 65 años con diagnóstico previo de depresión.

### **CRITERIOS DE ELIMINACION**

Adulto mayor de 65 años que no conteste correctamente el cuestionario para la evaluación de la depresión

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, la cual fue obtenida mediante el cálculo estadístico, tiene un error estándar 0.05 y un margen de confiabilidad de 95%, el universo de estudio con base al reporte de ARIMAC consta de 2716 pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo II, mayores de 65 años, adscritos a la unidad de Medicina Familiar No 65 del IMSS

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n= tamaño de la muestra

N= total de la población

$Z_{\alpha}^2 = 1.96$  (si la seguridad es del 95%)

p= proporción esperada (en este caso 5% =0.05)

q= 1-p (en este caso 1-0.05=0.95)

d= precisión (en este caso deseamos un 3%)

$$2716 * (1.96)^2 * 0.05 * 0.95$$



$$n = \frac{=164}{(0.03)^2 * (2716-1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.96}$$

## DEFINICION DE VARIABLES

Variable dependiente: edad mayor de 65 años, depresión

Variable independiente cualitativa nominal: diabetes Mellitus

Variables socio demográficas: escolaridad, sexo, estado civil

Variable	Tipo de Variable	Definición operacional	Definición conceptual	Estratificación	Escala de Medición	Unidades de Medición
Edad	Dependiente	Se conocerá la edad del paciente verificando cartilla de salud, expediente clínico y numero de seguridad social.	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Continua	Politémica	65-75 años 76-80 años 80 años o mas
Depresión	dependiente	la depresión se evaluó a través de la escala de Yesavage la cual consta de 15 ítems en su	combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar,	nominal	politémica	1 ausencia o remisión del trastorno

		versión abreviada (anexo 1)	comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras.			2 depresión leve 3 depresión severa
Diabetes Mellitus	Independiente	Se identifico al paciente con diagnóstico de diabetes Mellitus de acuerdo a la cartilla de salud, expediente clínico y numero de seguridad social.	Trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina.	Nominal	Dicotómica	
Variables socio demográficas escolaridad	cualitativa	se reconoció el grado de estudios del paciente de acuerdo a sus respuestas del interrogatorio aplicado	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en su centro docente	ordinal	politómica	1 sabe leer y escribir 2 primaria trunca 3 primaria terminada 4 secundaria trunca 5 secundaria terminada

						6 bachillerato 7 carrera técnica 8 profesional
Sexo	Cualitativa	Se identifico el sexo del paciente con la cartilla de salud, numero de seguridad social y expediente clínico	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	nominal	Dicotómica	1 femenino 2 masculino
Estado civil	Cualitativa	Se conoció el estado civil del paciente, de acuerdo a su respuesta al interrogatorio aplicado	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Nominal	Politómica	1 soltero (a) 2 casado (a) 3 viudo (a) 4 separado (a) 5 unión libre

### Descripción general del estudio

Se determino la presencia y nivel de depresión en pacientes geriátricos, mayores de 65 años, con diagnostico de Diabetes Mellitus, a través de la aplicación de la escala geriátrica de Yesavage, el investigador aplico directamente el cuestionario al paciente seleccionado.

## **Instrumento de recolección**

El instrumento de recolección de datos para la siguiente investigación se realizó a través de la escala de Yesavage en su versión abreviada, que consta de 15 ítems, aprobada por la asociación española de Medicina Familiar y comunitaria, en su versión al castellano en 1982, elaborada por Sheikh y Yesavage (anexo1)

## **Recursos para el estudio**

### **Materiales:**

- Consentimiento informado
- Cartilla nacional de salud
- Cuestionario de Yesavage
- Hojas blancas tamaño carta, plumas, lápices, engrapadora, memoria USB 8GB, libretas, sacapuntas, gomas, computadora sony con programas Microsoft, Word, internet, cartuchos para impresión, impresora.

### **Físicos:**

- Espacio físico de la Unidad de Medicina Familiar número 65, ubicada en Rio Hondo, Naucalpan, Estado de México.

### **Financieros:**

- Autofinanciado por el investigador

### **Humanos:**

Asesor de tesis: Dr. Javier Antonio López Aquino Coordinador Clínico de Educación e Investigación en salud en la Unidad de Medicina Familiar No 65

Investigador: Dra. Yolanda Monroy Navarrete, médico general, alumna del “Curso de especialización en Medicina Familiar para médicos familiares del IMSS”

### **CONSIDERACIONES ETICAS**

La investigación no tuvo procedimientos que afectaron o debilitaron a los participantes del mismo, ni pusieron en riesgo su vida, no uso métodos invasivos para su realización, la información que se obtuvo fue manejada confidencialmente y solo fue conocida por el investigador respetando la intimidad y el derecho de privacidad del paciente, solo se realizaron preguntas a través de un cuestionario de fácil contestación, con previo consentimiento informado , el cual se le proporciono a cada paciente, explicándole clara y sencillamente en qué consistía su participación, respetando su derecho a la confidencialidad

El estudio se realizó bajo la ley general de salud la cual señala: los procedimientos se apegan de acuerdo a las normas éticas al reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos articulo 17 y en materia de investigaciones médicas en seres humanos de la Asociación médica mundial (declaración de Helsinki) representa un estudio con riesgo minino, se respetan los principios contenidos en el Código de Núremberg, la enmienda de Tokio y la declaración de Helsinki

## RESULTADOS

Se estudiaron un total de 164 pacientes con una edad mínima de 65 años y una máxima de 90 años, con una media de 71.4 años, una moda de 70 años, una mediana de 70 años y una desviación estándar de 4.8 años. (tabla 1, grafico 1)

Tabla 1. Distribución de adultos mayores con Diabetes Mellitus por edad

EDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
65.00	7	4.3
66.00	11	6.7
67.00	10	6.1
68.00	19	11.6
69.00	19	11.6
70.00	26	15.9
71.00	5	3.0
72.00	23	14.0
73.00	4	2.4
74.00	7	4.3
75.00	1	.6
76.00	6	3.7
77.00	4	2.4
78.00	4	2.4
79.00	3	1.8
80.00	6	3.7
82.00	4	2.4
84.00	3	1.8
86.00	1	.6
90.00	1	.6
Total	164	100.0

Fuente: base de datos SPSS, encuestas aplicadas con escala de Yessavage

EDAD	
N	164
	0
Media	71.4573
Mediana	70.0000
Moda	70.00
Desviación estándar	4.82116

Fuente: base de datos SPSS, encuestas aplicadas con escala de Yessavage

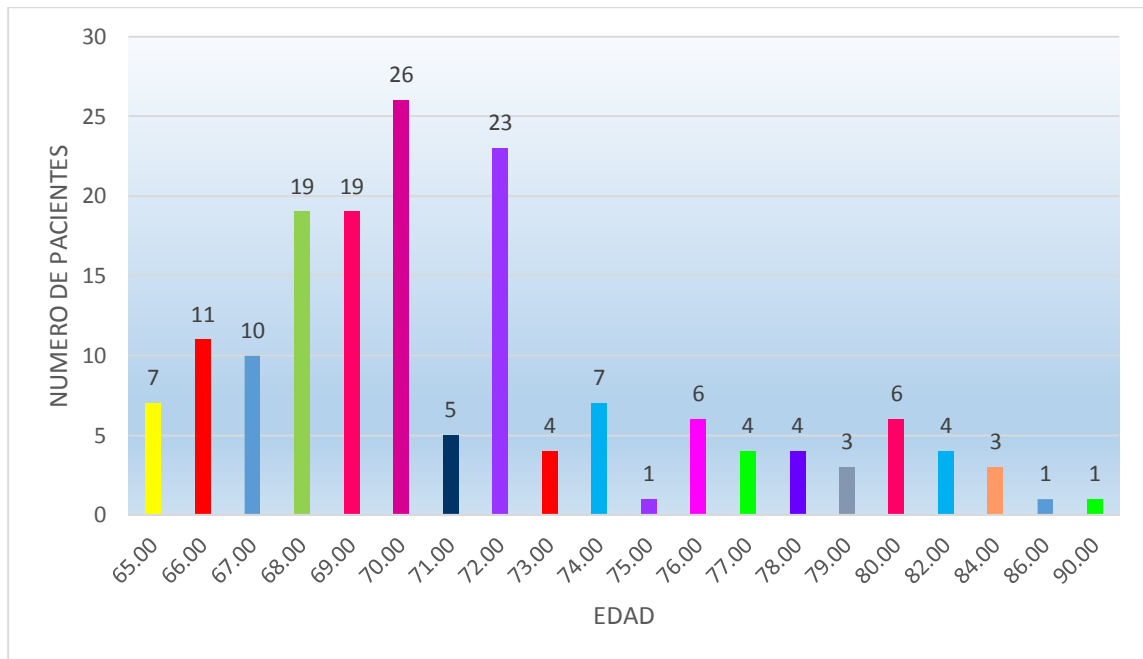


Gráfico 1; adultos mayores con Diabetes Mellitus, por edad

La distribución de acuerdo al sexo fue la siguiente: predominaron los pacientes del sexo femenino con un 61% y el sexo masculino represento el 39% (tabla 2, grafico 2)

Tabla 2. Sexo de los adultos mayores con diabetes mellitus N= 164

	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	100	61.0
MASCULINO	64	39.0
Total	164	100.0

Fuente: base de datos SPSS, encuestas aplicadas con escala de Yessavage

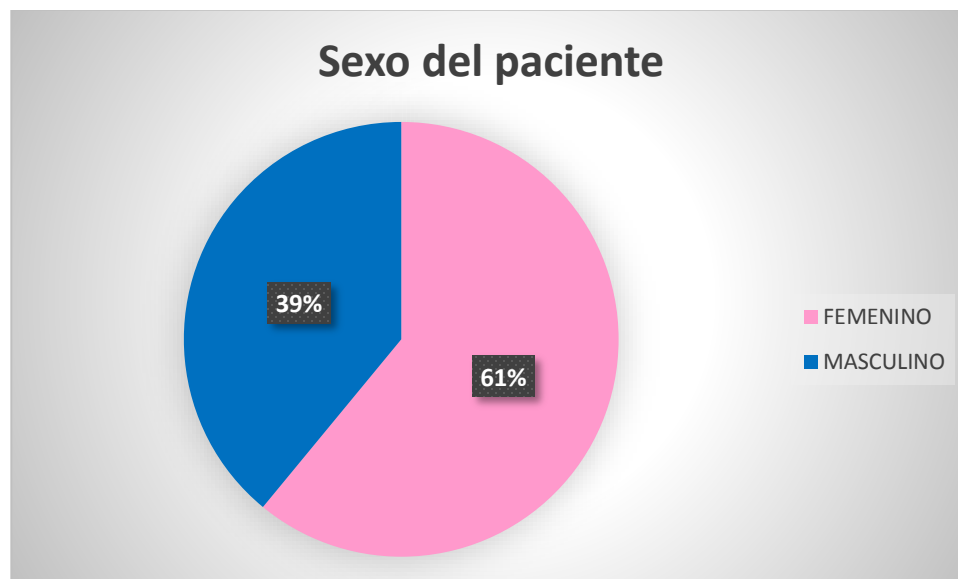


Gráfico 2: adultos mayores con Diabetes Mellitus de acuerdo con el sexo N=164

De acuerdo al nivel educativo la mayoría de los adultos mayores tuvo una educación básica, la cual está representada por el 20.5%, le siguió la población analfabeta con



un 19.5%, seguida de la educación media con un 5.5%, educación media superior con 5.2% y por último la educación superior con un 2.6% (tabla 3, grafico 3)

Tabla 3. Nivel educativo de los adultos mayores con diabetes mellitus N= 164

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
ANALFABETA	60	19.5
EDUCACION BASICA	63	20.5
EDUCACION MEDIA	17	5.5
EDUCACION MEDIA SUPERIOR	16	5.2
EDUCACION SUPERIOR	8	2.6
Total	164	100.0

Fuente: base de datos SPSS, encuestas aplicadas con escala de Yessavage

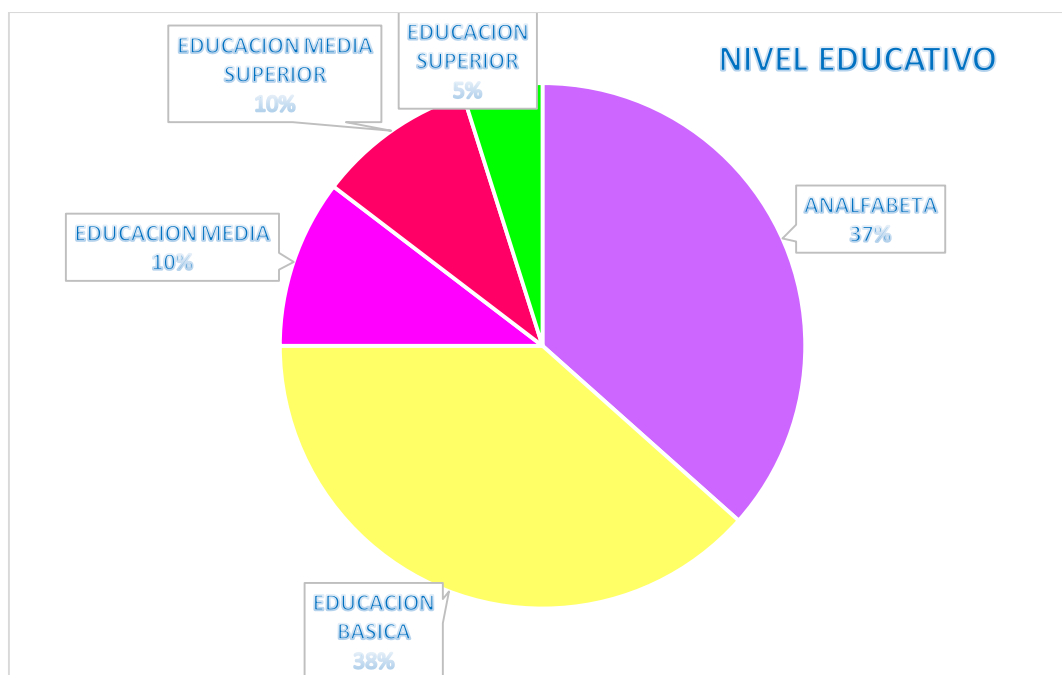


Gráfico 3: adultos mayores con Diabetes Mellitus de acuerdo a su nivel educativo N=164

De acuerdo al estado civil predominaron los casados con 42%, le siguieron los viudos con 33.5% casos, divorciados con 10.4%, unión libre con 9.8% y solteros 3% (tabla 4, grafico 4)

Tabla 4. Estado civil de los adultos mayores con diabetes mellitus N= 164

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADO	69	42.1
DIVORCIADO	18	10.4
SOLTERO	5	3.0
UNION LIBRE	16	9.8
VIUDO	56	33.5
Total	164	100.0

Fuente: base de datos SPSS, encuestas aplicadas con escala de Yessavage



Gráfico 4: adultos mayores con Diabetes Mellitus de acuerdo a su estado civil N=164

Se encontró una depresión establecida en un 31.7% de la población estudiada, una probable depresión en el 43.9% y el 23.8% de la población no mostro datos de depresión (tabla 5, grafico 5)

Tabla 5. Depresion en adultos mayores con diabetes mellitus N= 164

Depresión	Frecuencia	porcentaje
DEPRESION ESTABLECIDA	52	31.7
NORMAL	39	23.8
PROBABLE DEPRESION	73	43.9
Total	164	100.0

Fuente: base de datos SPSS, encuestas aplicadas con escala de Yessavage

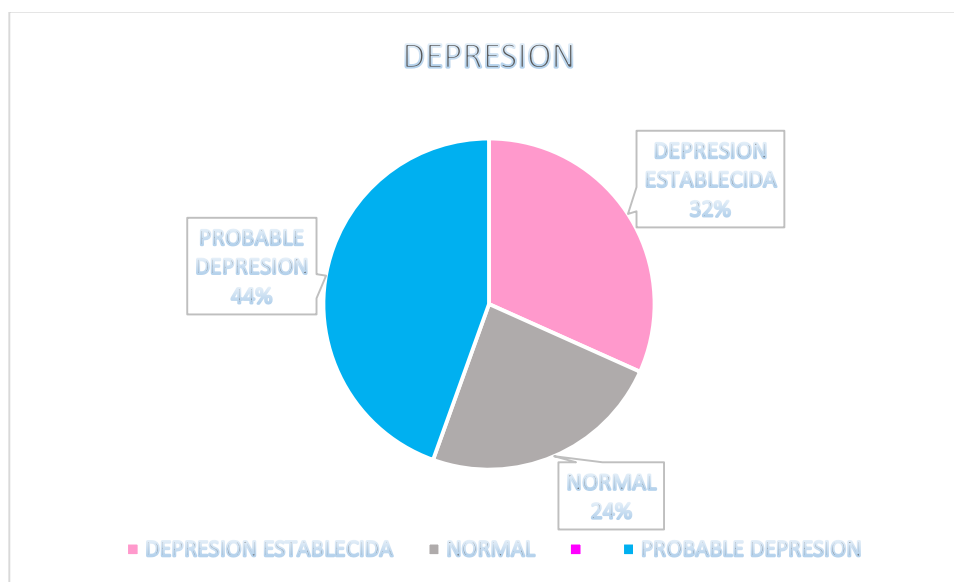


Gráfico 5: Depresión en pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus N=164

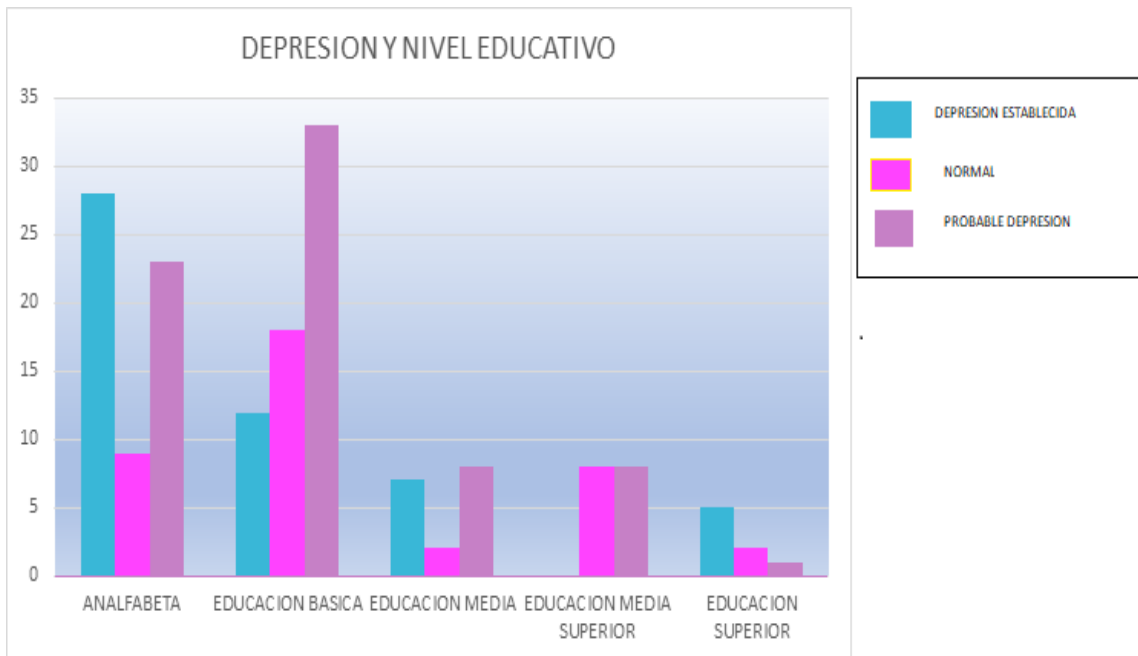
En la relación con la depresión y el nivel educativo de los pacientes se encontró que los pacientes analfabetas 28 presentaron una depresión establecida , 23 pacientes de este grupo presento una probable depresión y 9 no tuvo ningún dato de depresion, de los pacientes con educación básica 12 presentaron una depresion establecida, y 33 una probable depresion, 18 no presentaron datos de la misma, de los pacientes con educación media superior, 8 tuvieron una probable depresion, ningún paciente con depresion establecida y 8 sin datos de esta, y por último los pacientes con una educación superior, 5 presentaron una depresion establecida, 2 pacientes sin datos de este padecimiento y solo uno con probable depresion. (tabla 5, grafico 6), se observa que, en los pacientes con bajo nivel educativo, existe más prevalencia de depresion (tabla 6, grafico 6)

Tabla 6. Depresion en adultos mayores con diabetes mellitus y nivel educativo N= 164

		DEPRESION		
		DEPRESION ESTABLECIDA	NORMAL	PROBABLE DEPRESION
NIVEL EDUCATIVO	ANALFABETA	28	9	23
	EDUCACION BASICA	12	18	33
	EDUCACION MEDIA	7	2	8
	EDUCACION MEDIA SUPERIOR	0	8	8
	EDUCACION SUPERIOR	5	2	1

Fuente: base de datos SPSS, encuestas aplicadas con escala de Yessavage

Gráfico 6: Depresión en pacientes geriátricos y estado nivel educativo N=164



Respecto a los resultados de la depresión y el estado civil, los resultados fueron los siguientes: de los pacientes casados 17 presentaron una depresión establecida, 21 sin datos del padecimiento y 31 con probable depresión, de los pacientes divorciados solo 4 casos con depresión establecida, 3 sin datos del padecimiento y 11 con probable depresión, en el caso de los pacientes solteros 3 paciente resultaron con una depresión establecida, 1 sin datos de depresión y uno más con una probable depresión, de acuerdo al resultado de las encuestas realizadas y por último, de los pacientes viudos 23 tuvieron una depresión establecida, 9 sin alteraciones y 24 con resultados de una probable depresión (tabla 7, gráfico 7), se observó una mayor prevalencia de depresión en pacientes viudos y casados

Tabla7. Depresion en adultos mayores con diabetes mellitus y estado civil N= 164

		DEPRESION		
		DEPRESION ESTABLECIDA	NORMAL	PROBABLE DEPRESION
ESTADO CIVIL	CASADO	17	21	31
	DIVORCIADO	4	3	11
	SOLTERO	3	1	1
	UNION LIBRE	5	5	6
	VIUDO	23	9	24

Fuente: base de datos SPSS, encuestas aplicadas con escala de Yessavage

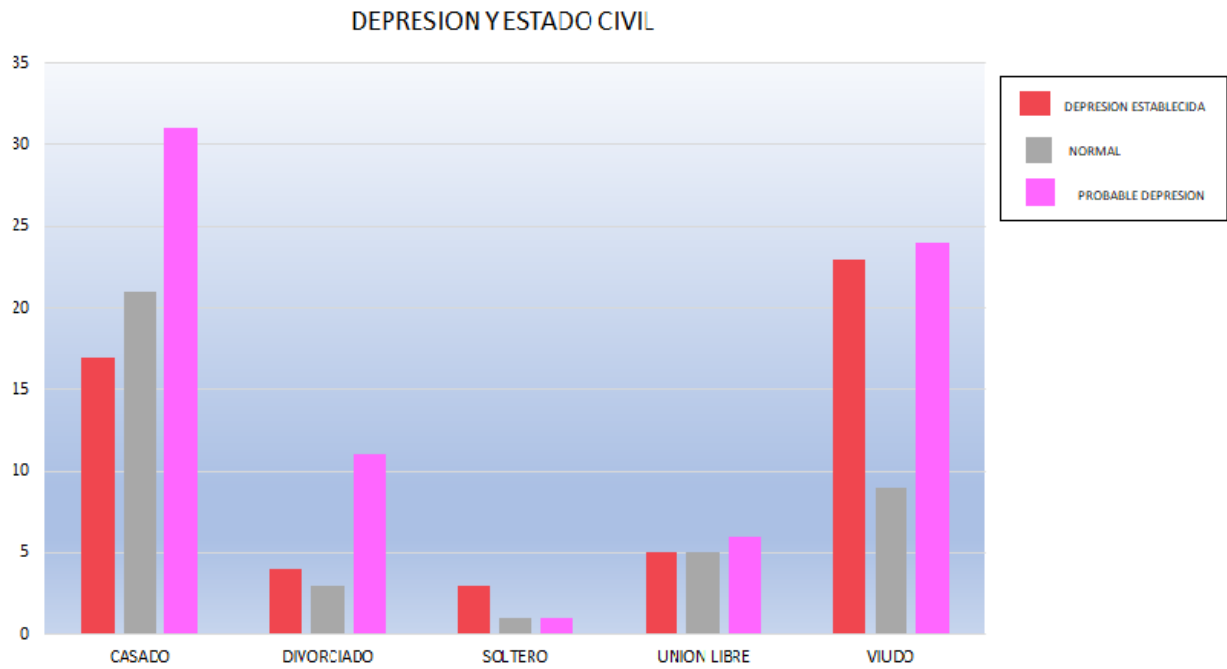


Gráfico 7: Depresión en pacientes geriátricos y estado civil N=164

En cuanto a la relación de depresión y sexo, los pacientes del sexo femenino 34 presentaron una depresión establecida, 25 sin datos del padecimiento y 41 con probable depresión, los resultados de pacientes con sexo masculino 18 presentaron depresión establecida, 14 sin datos de ella y 32 con probable depresión (tabla 8, grafico 8), prevaleciendo la depresión establecida en pacientes del sexo femenino

Tabla 8. Depresion en adultos mayores con diabetes mellitus y sexo N= 164

		DEPRESION		
		DEPRESION ESTABLECIDA	NORMAL	PROBABLE DEPRESION
sexo	FEMENINO	34	25	41
	MASCULINO	18	14	32

Fuente: base de datos SPSS, encuestas aplicadas con escala de Yessavage

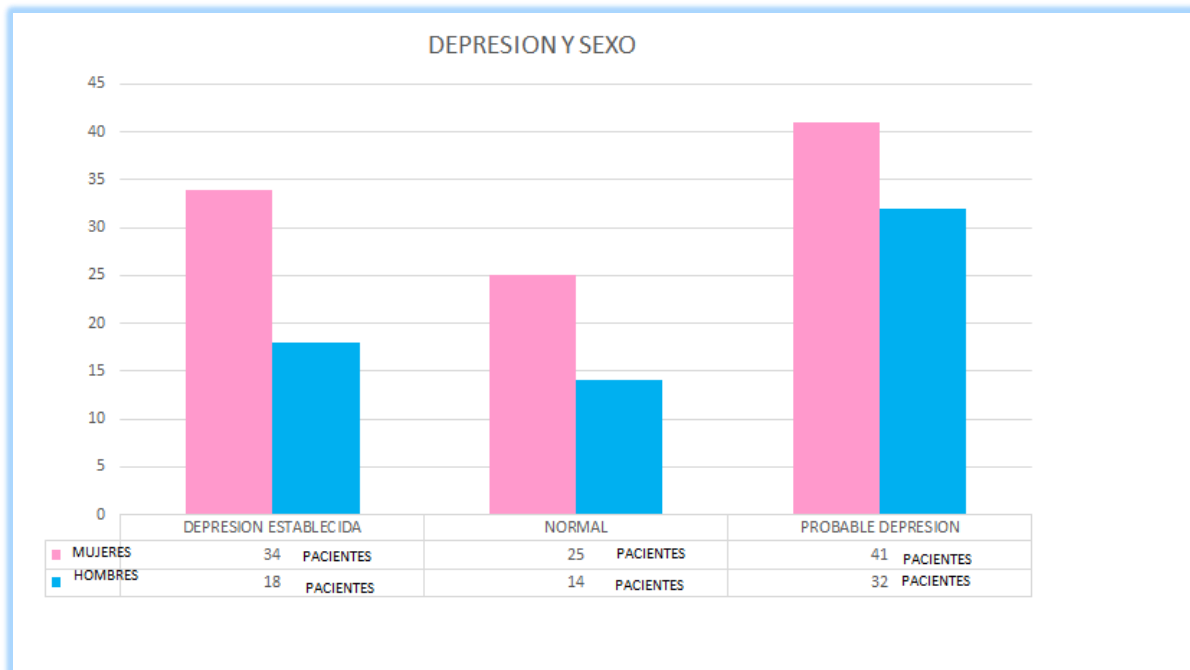


Gráfico 8: Depresión en pacientes geriátricos y estado sexo N=164

## ANALISIS DE RESULTADOS

El presente estudio se desarrolló en una UMF ubicada en Rio Hondo, Naucalpan, Estado de México, donde la población fue evaluada a través de un instrumento diseñado y aprobado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años (Escala de Yesavage) así mismo se incluyeron las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel educativo y estado civil.

La mayoría de los resultados obtenidos en este estudio de investigación confirman lo que esperábamos encontrar de acuerdo a la literatura revisada, previamente. Se deben buscar síntomas de depresión en el paciente diabético; ya que es un trastorno afectivo caracterizado por una serie de manifestaciones psicofísicas que se traducen en una alteración de la vitalidad y del funcionamiento de la persona, no obstante, se conoce poco la magnitud del problema de la depresión en pacientes de primer nivel de atención, ya que sólo 37% son detectados.<sup>(9)</sup> En nuestro estudio se aprecia que solo el 31.7% de la población estudiada tiene una depresión establecida, lo que coincide con los resultados reportados en la literatura

Se corrobora que el adulto mayor se encuentra con algún grado de depresión, existe cierta dificultad para llegar a un diagnóstico oportuno, ya que de acuerdo a la OMS el deterioro cognitivo es una de las causas principales que se presentan en los adultos mayores y representa un sesgo para el diagnóstico correcto

La población de estudio fue constituida por ciudadanos del sexo femenino con un porcentaje de 61% contra un 39% del sexo masculino, demostrando el predominio del sexo femenino en la población asidua a consulta de medicina familiar.



El género y su relación con la depresión sigue siendo importante en todos los estudios relacionados con los adultos mayores, nos señala que la depresión desde estudios previos ha predominado más en el sexo femenino que en el masculino, del total de la población estudiada del sexo femenino solo el 20.7% presento una depresión establecida y un 25% una probable depresión, de los pacientes del sexo masculino el 10.9% presento una depresión establecida y solo el 19.5% una probable depresión, con lo que podemos concluir, que en este estudio prevalece la depresión en las pacientes del sexo femenino

De acuerdo al nivel educativo, el 20.5% de la población tuvo una educación básica, el 19.5% fue analfabeta, el 5.5% tuvo una educación media, el 5.2% educación media superior y solo el 2.6% curso con una educación superior, encontramos que la relación existente entre el nivel educativo y la depresión fue la siguiente 17% de la población analfabeta presento una depresión establecida y 7% de la población con educación básica concluyo con una depresión establecida, esto, contra un solo un 3% de la población con educación superior con depresión, lo que reafirma los estudios realizados anteriormente, donde se comenta que al incrementar el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión <sup>(14)</sup>

El estado civil fue otro de los factores analizados que nos demostró que, si existe depresión y que esta es mayor en los pacientes viudos y casados, 17% de los pacientes viudos tuvieron una depresión establecida, el 10.3% de los pacientes casados, y solo el 1.8% de los pacientes solteros la presentaron.

## CONCLUSIONES

En el presente estudio se analizó una de las enfermedades psiquiátricas más comunes en México dentro de los adultos mayores, Se estima que la depresión geriátrica se presenta en tasas del 1 al 5%, y esta incidencia se incrementa junto con la edad. Más aun, el 13% de la población geriátrica padece de síntomas depresivos clínicamente significativos que no cumplen los criterios diagnósticos de depresión mayor, ni depresión menor. <sup>(19)</sup>

Se ha comprobado que este tipo de padecimientos se encuentra subdiagnosticado en este grupo de edad, ya que pueden presentar algún tipo de síntoma que se confunda con deterioro cognitivo y/o depresión que puede pasar desapercibido tanto para el médico como para su entorno familiar y que las comorbilidades, en este caso la diabetes mellitus, pueden exacerbar los síntomas y contribuir a la presencia de múltiples complicaciones, lo que conlleva, entre otras cosas, a una mala calidad de vida y alteraciones en la dinámica familiar

Concluimos que es importante valorar el estado mental del adulto mayor para evitar complicaciones severas, el manejo adecuado de las comorbilidades, así como la polifarmacia, el objetivo es llevar al paciente a que alcance una buena calidad de vida dentro de su esfera biopsicosocial y lo más importante, dentro de su entorno familiar.

## BIBLIOGRAFIA

1. Hernández EY, Valdez V MC, García JRE, Contreras TMC. Diabetes Mellitus y depresión psicológica en el adulto mayor. Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana, 2012;(9) 3:1-8
2. Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 08/07/2014.
3. Guía de práctica clínica: Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes Mellitus tipo 2, en adultos en el primer nivel de atención. México, secretaria de salud 21-03-2013
4. López N. M.S., Chiñas R. H., Rodríguez G.L. Ponderación de los factores de riesgo para Diabetes Mellitus tipo 2 en un consultorio de medicina familiar. Aten Fam 2012;19(2):38-42
5. Aguilar-Salinas CA. Comentarios a la ENSANUT 2012. salud pública de México / vol. 55, suplemento 2 de 2013
6. Diabetes en México, México, octubre 2, 2014, estadísticas de obesidad, estadísticas en México, recuperado de <http://fmdiabetes.org/diabetes-en-México>
7. Gutiérrez HH, Díaz de León GE, Pérez CP, Cobos AH, Gutiérrez HV, Tamez PHE. Prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 y factores asociados en la población geriátrica de un Hospital del norte de México. Gaceta medica 2012;148: 14-18
8. Gil VLE, Sil AMJ, Domínguez SER, Torres A LP, Medina CJH. Diagnóstico y tratamiento para diabetes Mellitus tipo 2. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013; 51 (1) :104-19.
9. Martínez VM A, Hernández M MB, Godínez T E D. Depresión en un grupo de pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, en una clínica regional del municipio de Jilotepec. Aten Fam 2012; 19(3)

10. Berenzon S, Lara, MA, Robles R., Medina-Mora MA, Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México, salud pública de México / vol. 55, no. 1, enero-febrero de 2013; 75-80
11. Martínez H.F., Tovilla Z. T. A., López N. L., Juárez E. R. I, Jiménez S. M. A., González G. C. P., Pool G.S. Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad, en pacientes con obesidad y diabetes tipo 2 estudio en población de tabasco, México. Gaceta medica de México, 2014; 150 suppl: 101-106
12. Bello M, Puentes RE, Medina MME, Lozano R, Prevalencia y diagnostico de depresión en población adulta de México, Salud pública de México, volumen 47, suplemento 1, México 2005; 4-11.
13. Serrano B C I, Zamora HKE, Mirel NRM, Villareal RE Comorbilidad entre depresión y diabetes Mellitus. Med. Int. Mex. 2012; 28 (4):325-328
14. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Secretaría de Salud; 1 de diciembre de 2015
15. Sánchez G.S., Juárez C. T., Gallegos C. K., Gallo J.J, Wagner F.A, García P.C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Salud Mental 2012; 35:71-77
16. Wagner AF, González FG, Sánchez, GS, García PC, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Mental vol. 35 No 1, México, enero-febrero 2012
17. Escalona PB, Ruiz MAO. Salud Mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, México, psicología iberoamericana (enero-junio 2016); volumen 24, No1;38-46
18. Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011.
19. Bastidas BH. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y la relación etiológica. revista de psicología vol. 32 No. 2, Lima 2014

20. Durán-Badillo T, Aguilar R.M., Martínez M.L., Rodríguez T, Gutiérrez G y Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria* 2013;10(2):36-42
21. Remacha MA, Muro C, Prevalencia de depresión y factores asociados en usuarios de centros socio sanitarios. *Rev. Enfermería* 37 (7-8), julio-agosto 2014: 506-513
22. Portilla FME, Gil GP. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano. *Servicio de geriatría, Medicine* 2014; 11 (62) 3714-9
23. Sánchez G.L.R., Marín M. A. Depresión en adultos mayores de Costa Rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos. *Rev Hisp Cienc Salud* 2015; 1(2):74-80
24. Gómez-Angulo C., Campo-Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ. Psychol. Bogotá, Colombia* V. 10 No. 3 PP. 735-743 sep.-dic 2011
25. Aracil DD, Estes SME, Girón MM, López GM. Factores de riesgo determinantes en la aparición de depresión en ancianos, *Revista de fundamentos de Psicología, Volumen 6, No 1, 2014; 47-54.*
26. Sherry A. G. *The Geriatric Depression Scale. Issue Number 4, Revised 2012*
27. Abambari C. Zhunio D. Factores de riesgo asociados a depresión en adultos mayores en atención primaria de salud. *Rev. Med. HJCA* 2012;4(2):128-132

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad / Tiempo	marzo	abril	May	junio	julio	Agos	Sep.	Oct.	nov.	diciem	Enero	febre	marzo
Investigación bibliográfica	■												
Elaboración de marco teórico		■											
Delimitación de problema, hipótesis		■											
Revisión de protocolo			■										
Subir protocolo al SIRELCIS				■									
Aprobación de protocolo					■								
Recopilación de información						■							
Organización y análisis de resultados						■							
Presentación estadística de la información						■							
Elaboración de reporte preliminar							■						
Elaboración de reporte final y entrega de resultados									■				



<b>VERSIÓN REDUCIDA</b>		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI =0	NO =1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI =1	NO =0
¿Siente que su vida está vacía?	SI =1	NO =0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI =1	NO =0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI =1	NO =0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI =1	NO =0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI =1	NO =0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI =1	NO =0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI =0	NO =1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI =1	NO =0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI =1	NO =0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI =0	NO =1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	SI =1	NO =0
TOTAL		

## VALORACIÓN

- En la versión breve se considera un resultado normal los valores de 0 a 5 puntos. Valores entre 6 y 9 son sugestivos de probable depresión y valores de 10 o más de depresión establecida.

•Estratificación:

Normal= 0-5 puntos

Probable depresión = 6 – 9 puntos.

Depresión establecida = > 9 puntos





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DEPRESION EXISTENTE EN PACIENTES GERIATRICOS, CON DIABETES MELLITUS, EN LA UMF 65 DEL IMSS

Nombre del estudio:

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

Naucalpan, Estado de México \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Se realizará cuestionario para obtener información acerca de la depresión en los pacientes diabéticos, mayores de 65 años

Procedimientos:

El paciente responderá preguntas a través de un cuestionario

Posibles riesgos y molestias:

Ninguna

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Reconocer tempranamente signos y síntomas de la depresión

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los resultados serán expuestos mediante representaciones gráficas, y las de más importancia serán Dadas a conocer al personal de salud

Participación o retiro:

Voluntario

Privacidad y confidencialidad:

Los datos recopilados serán conocidos por el investigador y colaboradores

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

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Implementar estrategias para el reconocimiento temprano y diagnóstico oportuno de la depresión en pacientes geriátricos, para mejorar su calidad de vida

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

Investigador Responsable:

Dra. Monroy Navarrete Yolanda

Colaboradores:

Dr. Javier Antonio López Aquino

Dr. Mauricio Espinosa Lugo

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013