



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 33  
CD. REYNOSA, TAMAULIPAS.



**CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF #23 EN  
EL IMSS.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. ARACELY JIMENEZ VILLAGRANA**

Registro de autorización: R-2017-1912-49



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN  
EL ADULTO MAYOR EN LA UMF #23 EN EL IMSS.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:  
**ARACELY JIMENEZ VILLAGRANA**

AUTORIZACIONES:

**DR. JESÚS III LOERA MORALES.**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
UNIDAD DE MED FAMILIAR NÚM. 33

**DRA. SONIA ELENA SANTOYO.**  
ASESOR DE TESIS  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. VICTOR HUGO VÁZQUEZ MARTÍNEZ.**  
JEFE CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ.**  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN  
DELEGACIÓN TAMAULIPAS

**DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ**  
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
DELEGACIÓN TAMAULIPAS

**CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF #23 EN  
EL IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**ARACELY JIMENEZ VILLAGRANA**

A U T O R I Z A C I O N E S

**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.

REYNOSA TAMAULIPAS

MARZO 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
COORDINACIÓN DE DOCENCIA

ESTRUCTURA GENERAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
ELEMENTOS MINIMOS DEBE CONTENER EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LOS  
ALUMNOS DEL "CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS"

1. Título
2. Índice general
3. Marco teórico (marco de referencia o antecedentes)
4. Planteamiento del problema
5. Justificación
6. Objetivos
  - General
  - Específicos
7. Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos)
8. Metodología
  - Tipo de estudio
  - Población, lugar y tiempo de estudio
  - Tipo de muestra y tamaño de la muestra
  - Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación
  - Información a recolectar (Variables a recolectar)
  - Método o procedimiento para captar la información
  - Prueba piloto
  - Consideraciones éticas
9. Resultados
  - Descripción (análisis estadístico) de los resultados
  - Tablas (cuadros) y gráficas
10. Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados
11. Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador)
12. Referencias bibliográficas
13. Anexos

MÉXICO

Dirección de Prestaciones Médicas  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



### Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1912 con número de registro 17 CI 19 046 129 ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 6, NUEVO LEÓN

FECHA 28/09/2017

**DR. ARACELY JIMENEZ VILLAGRANA**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**"CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF #23 EN EL IMSS"**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, 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 U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2017-1912-49

ATENTAMENTE

**DR.(A). CARLOS ALEJANDRO DELGADO CORTEZ**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1912

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **DEDICATORIA**

### ***A Dios:***

Que siempre esté a mi lado en todas mis aventuras y proyectos emprendidos, por escucharme siempre y más aún en los momentos de desesperanza, gracias señor por darme la oportunidad de crecer como ser humano y profesionalmente, aunque el camino no ha terminado sé que siempre estarás cerca de mí.

### ***A mi esposo:***

Para ti por ser la guía y la luz en mi camino, mi compañero incansable en esta larga travesía en la búsqueda del conocimiento, que anteponiendo tus intereses personales has luchado a mi lado cumpliendo como esposo y padre, gracias por estar a mi lado.

### ***A mis Hijos:***

Por ser el motor que me ha impulsado a seguir adelante cada día, son y serán la luz que le da brillo a mis ojos y la fuerza necesaria para vivir, en este camino tan sinuoso de la vida especialmente.

## **AGRADECIMIENTOS:**

### ***A Dios:***

Por estar siempre a mi lado y darme la sabiduría para seguir adelante y poder guiar a mi familia.

### ***A mi Esposo:***

Por darme fuerzas para seguir, por sus consejos y su paciencia para soportar todas las adversidades durante este tiempo de preparación en esta aventura.

### ***A mis Padres:***

Por su gran apoyo incondicional, emocional y espiritual durante este proyecto profesional.

### ***A mi Asesora Dra. Sonia Elena Santoyo Treviño:***

Por su amistad y el gran apoyo brindado como ser humano, como profesora y amiga, sus enseñanzas me han hecho crecer como persona y como profesionista.

### ***A mi profesor Dr Jesus III Loera:***

Por compartir sus conocimientos conmigo y permitir cada día cuestionarme sobre los verdaderos objetivos como alumno del posgrado, me ha hecho observar la enseñanza desde otra perspectiva.

## INDICE

Portada .....	
Contraportada.....	
Estructura General.....	
Dictamen de Autorización.....	
Dedicatorias.....	
Agradecimientos.....	
Índice.....	
Resumen .....	1
Introducción.....	2
Antecedentes Bibliográficos.....	4
Planteamiento del Problema.....	16
Justificación.....	17
Objetivo General .....	18
Objetivos Específicos .....	18
Metodología de la Investigación.....	19
a) Clasificación del diseño de estudio.....	19
b) Población de estudio, tiempos y lugar del estudio.....	20
c) Muestra y Muestreo.....	20
d) Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	21
e) Operacionalización de variables .....	22
Plan de Analisis.....	27
Aspectos Eticos.....	28
Administración del trabajo.....	29
Flujograma.....	30
Recursos humanos .....	31
Recursos Fisicos y Materiales.....	32
Resultados.....	33
Discusión.....	46
Conclusiones.....	48
Referencias Bibliográficas.....	50
Anexos.....	56

## RESUMEN

### Título: “**CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF #23 EN EL IMSS**”

**Autores:** Jiménez-Villagrana A, Santoyo-Treviño S.E.

**Objetivo:** Realizar la Caracterización de la depresión en el adulto mayor en la UMF #23 del IMSS

**Metodología:** Se realizó un estudio de tipo exploratorio observacional descriptivo, transversal y mediante encuesta, en la cual se exploró las características sociodemográficas y el perfil biopsicosocial de los adultos mayores con depresión además de las comorbilidades presentes. Se estudió una muestra de 98 pacientes, se recolectaron los datos mediante un instrumento validado para recolección de datos los cuales se capturaron y se analizaron con el software estadístico SPSS v.22 para obtener los datos de estadística descriptiva

**Resultados:** Se estudió un total de 316 pacientes de los cuales 98 pacientes aceptaron participar en el presente estudio el 61% correspondió al sexo femenino y 41% al sexo masculino. El 37.7% los grupos etarios se encuentran en el rango de edad de 60-64 años de edad con un 35% , seguido de los pacientes de 70-74 años con un 28%,. El nivel de depresión identificado en los pacientes incluidos en el estudio podemos ver que el 61% presento depresión moderada, el 20% depresión severa y el 18% se encontró normal. Las comorbilidades presentes hipertensión arterial en un 28.5%, seguido de la diabetes mellitus en un 23.4%. Escolaridad de los pacientes participantes podemos ver que el 55% solo cuentan con la primaria completa seguido de los pacientes con secundaria en un 19% y solo el 1 % analfabeta. La ocupación de los pacientes es un 45% labores del hogar seguido del 33.6% de pensionados. En relación a la convivencia familiar y observando si el paciente vive solo o en compañía de un familiar podemos ver que el 84% vive con un familiar y el 16 % vive solo. En la correlación de variables podemos observar que el nivel de depresión y le edad se identifica que los grupos etarios de 60-64, 65-69 y de 70-74 es donde hay mayor frecuencia de casos de depresión moderada y severa  $\chi^2 = .5$  El nivel de depresión y la convivencia familiar se identifican mayor número de pacientes con datos de depresión moderada cuando viven con un familiar con un resultado de  $\chi^2 = .3$ . En relación con el nivel de depresión y las comorbilidades podemos observar que la mayor frecuencia de los casos se observa en los pacientes con datos de diabetes mellitus e hipertensión arterial, el resultado de la prueba de  $\chi^2 = .8$

**Discusión:** De acuerdo a lo identificado en la literatura podemos observar que el la presencia de la depresión en adultos mayores es del 13% como en el caso de estudios realizados en Chile en el caso de México podemos observar de acuerdo a lo reportado por el INSP en el 2013 que se identifica una prevalencia del 20% en relación a depresión severa, en nuestro estudio podemos observar que se identifica una prevalencia de 60% con depresión moderada y el 20% con depresión severa lo cual coincide con lo reportado en el estudio comentado. En un estudio realizado en Cataluña se muestra una prevalencia de depresión que varía según el nivel asistencial: atención primaria: 20-24%; hospital general: 24-46%; residencia geriátrica: 34%. También se ha constatado una prevalencia del 16% en un estudio en un EAP urbano (Manresa 2001), en mayores de 64 años aplicando una VGI y administrando la escala Yesavage para el diagnóstico de depresión, lo cual se encuentra por debajo de los datos encontrados en nuestro estudio.

**Conclusiones;** Podemos concluir que en el presente estudio se identificó el grupo del sexo femenino como mayoría representado por el 61%, los grupos etarios se encuentran en el rango de edad de 60-64 años de edad con un 35% , el nivel de depresión identificado en los pacientes incluidos en el estudio podemos ver que el 61% presento depresión moderada, el 20% depresión severa y el 18% se encontró normal. Las comorbilidades presentes fueron las más frecuentes, la hipertensión arterial en un 28.5%, seguido de la diabetes mellitus en un 23 %. En relación con la escolaridad de los pacientes participantes podemos ver que el 55% solo cuentan con la primaria completa. La ocupación de los pacientes es un 45% labores del hogar seguido del 33.6% de pensionados, En relaciona a la convivencia familiar y observando si el paciente vive solo o en compañía de un familiar podemos ver que el 84% vive con un familiar y el 16 % vive solo.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales del adulto mayor con frecuencia se asocian a enfermedades sistémicas y a enfermedades localizadas. La depresión, en todas las edades, es un problema de salud pública de primera magnitud; sin embargo, la depresión en la vejez supone una preocupación aún mayor a causa de sus implicaciones en la familia, en la sociedad y en los servicios públicos de salud. La población geriátrica es el grupo de mayor crecimiento. En todo el mundo, según la Organización de las Naciones Unidas representaba el 10% de la población mundial en el 2000 y para el 2050 se duplicará. La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. 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. La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida. Los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total (AVAD) en este grupo etario. Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental. De acuerdo con la OMS, dentro de 25 años la población mayor de 60 años que vive en América Latina y el Caribe pasará de 40 millones a más de 97 millones. La población de adultos mayores es menor al 9% del total de habitantes en países como Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. En el caso de Colombia las personas mayores de 60 años constituyen el 8.9% de la población, según el último censo nacional. Según proyecciones de la OMS señala que, en Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, el total de adultos mayores se incrementara hasta alcanzar entre el 20% y el 24% de la población general. Por otra parte, se estima que en el mundo más de 340 millones de personas han

sufrido de depresión en algún momento de su vida y en el territorio colombiano, el estudio nacional de salud mental describe que los trastornos depresivos ocupan el segundo lugar en prevalencia, y más de la mitad de los adultos mayores han tenido su primer episodio depresivo después de los 60 años. En Chile la prevalencia de episodio depresivo va entre 7,6% y 16,3% en adultos mayores. Adicionalmente, 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. Asimismo, la tasa de remisión de casos con depresión es baja y solo alcanza el 5% del total de los casos detectados. No obstante, la depresión tiene serias implicaciones, provocando un incremento en las tasas de morbilidad, deterioro y ajuste social, que se traducen en mayor mortalidad. En este sentido, demandan gran atención los índices de suicidios en adultos mayores, los cuales han sido estimados en un 0.4%, correspondientes a 15.10 por cada 100.000 habitantes, siendo los más altos entre todos los segmentos etarios de la población estadounidense.

En México según un estudio realizado por el INSP se comenta que entre quienes tienen más de 65 años, la prevalencia de depresión se encuentra arriba de 20% y es más frecuente entre los desempleados, los viudos y los solteros. En esta población, los problemas mentales son una de las cinco principales causas de discapacidad.

## **ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS**

La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. 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. En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó una cifra de 629 millones de personas de 60 años o más; repercutiendo en los ámbitos económico, político y social, y en el sistema de salud, quien debe otorgar servicios a una población cada vez mayor y con más demandas acorde a sus necesidades. <sup>1</sup>

Los adultos mayores son vulnerables principalmente a enfermedades crónicas, alteraciones médicas sensoriales como visión y audición, malnutrición, incontinencia urinaria, uso de polifarmacia, deterioro cognitivo, depresión, dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, alteración en la marcha y deficiencia en apoyo social.<sup>2-3</sup>

Es frecuente que el adulto mayor no exprese todos sus malestares por el concepto erróneo de que las alteraciones en su estado de salud son normales debido a su edad, por vergüenza o por el tipo de atención en la consulta clásica, donde cada vez es menor el tiempo del que se dispone para la misma; todo ello dificulta el reconocimiento de diagnósticos. La valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades en el adulto mayor para identificar la necesidad de cuidados o tratamientos con el objetivo de mejorar su estado de salud. <sup>4-5</sup>

Actualmente se dispone de diversos instrumentos para el desarrollo de la VGI; se aprecian diferencias dependiendo el país, del tipo de intervención y del nivel de atención

sanitaria. A pesar de que la VGI aborda al adulto mayor en todas sus dimensiones, resalta que gran parte de los estudios no analizan la dimensión social.<sup>6-7</sup>

Ante el reto de atender a un grupo poblacional cada vez mayor resulta indispensable conocer a este grupo, por lo que el objetivo del estudio es determinar el estado de salud en el adulto mayor con 60 o más años de edad que acude a la consulta de atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral.<sup>8</sup>

En la literatura se ha descrito que el adulto mayor presenta depresión hasta en un 42% de la población, sin embargo este estudio determinó depresión solo en un 11%. Esta diferencia podría explicarse debido a que dicha referencia determinó depresión por medio de la pregunta ¿tiene usted sensación de tristeza?, otro aspecto a considerar es que este estudio fue realizado en pacientes con cierto grado de independencia que acuden a consulta y con una red social mayor al paciente domiciliario. No obstante, 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 . Por otra parte, se estima que en el mundo mas de 340 millones de personas han sufrido de depresion en algun momento de su vida (Egede & Ellis, 2010).<sup>9</sup>

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (inegi, 2010) registró en México un total de 10 055 379 adultos mayores, de los cuales 53% son mujeres y 47% hombres. De acuerdo con la tasa de crecimiento anual en México, entre 1990 y 2010 el número de adultos mayores pasó de 5 a 10.1 millones, es decir que el incremento porcentual respecto al total de la población fue de 6.2 a 9 . Estos datos indican con claridad que México ha entrado en lo que se denomina envejecimiento poblacional, conjugado con la disminución de la tasa de natalidad.<sup>10,11</sup>

La alteración en la marcha en más de 1/4 de la población infiere mayor riesgo de caídas en los pacientes, lo que supone una llamada para integrar al paciente en los servicios de rehabilitación. El adulto mayor al presentar comorbilidades, deterioro funcional, sensorial y mental enfrenta cambios en el rol social, en especial en la familia, la cual es la principal red de apoyo que recibe el paciente. Los latinoamericanos se caracterizan por mantener al adulto mayor en casa; la mujer es la cuidadora, principalmente las hijas y en menor proporción las esposas; sin embargo, actualmente se observan cambios en la dinámica familiar y en los roles, predominando las familias pequeñas y las madres trabajadoras.<sup>12</sup>

Diversos estudios muestran que la prevalencia de síntomas depresivos entre la gente mayor en los países occidentales oscila entre el 6 y el 49% en individuos no institucionalizado. En México se publicaron recientemente dos estudios poblacionales enfocados en adultos mayores con probable depresión; sin embargo, uno de los estudios se llevó a cabo en Ciudad de México y el otro se focalizó en población con muy bajo nivel socioeconómico y que estaba adscrita a un programa gubernamental de ayuda a la pobreza. No existe ningún estudio poblacional relacionado con la depresión que se haya implementado en población adulta mayor general (independientemente de su estado de salud o de su poder adquisitivo) en ciudades de tamaño medio.

Por otra parte, hay una amplia literatura que aborda los diversos factores de riesgo de la depresión en general y, en concreto, de la depresión en personas mayores; entre los factores de riesgo que, últimamente, han provocado más producción científica, destacamos la clase social, explicada por los diferentes componentes del nivel socioeconómico (ingresos, trabajo y educación). Además de la dimensión «posición social desfavorable» para explicar los síntomas depresivos, destacamos otros factores que también han sido resaltados en diferentes artículos como factores de riesgo de la

depresión en los adultos mayores; así, diversas variables relacionadas con la soledad y con el mayor o menor capital social, el estado civil, el apoyo social y la vida en solitario están altamente correlacionadas con la depresión en la vejez. Sin embargo, también debemos tener en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres a la hora de analizar los factores antedichos como determinantes de la depresión, ya que en algunos estudios se observan variaciones sustanciales en la influencia de, por ejemplo, el estado civil y las redes sociales en la depresión entre varones y féminas adultos mayores; además, normalmente, las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer síntomas depresivos, aunque se controlen la edad, la forma de convivencia, los parámetros socioeconómicos y los aspectos relacionados con la salud .<sup>13-14</sup>

La depresión es una enfermedad frecuente en los adultos mayores; muchos de ellos sufren múltiples enfermedades que los obligan a consumir gran cantidad de medicamentos, lo que hace que tengan mayor probabilidad de no cumplir con los tratamientos farmacológicos. Además, una cifra cercana al 20% de los adultos mayores no responden adecuadamente a los medicamentos formulados.<sup>15</sup>

Un amplio estudio comunitario europeo sobre depresión geriátrica (EURODEP-2005) mostró una prevalencia global del 12,3%, siendo 14,1% para las mujeres y 8,6% para los hombres y una tendencia a disminuir con la edad en ambos sexos. En un estudio realizado en Cataluña se muestra una prevalencia de depresión que varía según el nivel asistencial: atención primaria: 20-24%; hospital general: 24-46%; residencia geriátrica: 34%. También se ha constatado una prevalencia del 16% en un estudio en un EAP urbano (Manresa 2001), en mayores de 64 años aplicando una VGI y administrando la escala Yesavage para el diagnóstico de depresión.<sup>16</sup> Además de los cambios y problemas biológico-fisiológicos propios del envejecimiento, es común que la salud

psíquica en los adultos mayores se vea deteriorada, y se refleja a través de la presencia de síntomas depresivos como frustración, tristeza y sensación de inutilidad, lo cual genera dependencia funcional. La función cognitiva es otro problema de salud psíquica que, aunado a la depresión, afecta de manera directa la calidad de vida de los adultos mayores. El deterioro de la salud psicológica en los adultos mayores puede deberse a que es una etapa de vida de pérdidas, como el cese de la actividad productiva, la separación de los hijos, la muerte del cónyuge y de los padres, cambio involuntario de residencia y, en general, la ausencia de bienestar. Todas estas situaciones pueden predisponer a la depresión, sin embargo, no es adecuado considerarla como parte del envejecimiento normal.<sup>17</sup>

Los pacientes geriátricos presentan una alta prevalencia de desnutrición y depresión. Existe una asociación directa entre depresión como factor de riesgo para desnutrición. Estos resultados muestran la importancia de evaluar la presencia o ausencia de depresión como parte integral de la evaluación del estado nutricional en pacientes geriátricos.<sup>18</sup> Se ha observado que la depresión en el adulto mayor se asocia a una mortalidad más temprana y a una mayor tasa de hospitalizaciones y costos de salud. A la fecha, el diagnóstico de la depresión se realiza siguiendo los criterios del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), los cuales incluyen algunos síntomas físicos tales como cambios psicomotores, perturbaciones en el apetito y el peso corporal, falta de energía, entre otros. Estos criterios resultan problemáticos cuando se emplean con adultos mayores debido a que ciertas enfermedades medicas también pueden enmascarse en síntomas similares a los de la depresión o viceversa, y por ello no es fácil establecer la fuente causal de los síntomas ni un diagnóstico único. De igual manera, se ha observado que ciertas enfermedades medicas tales como enfermedad de

Parkinson, infarto, accidente cerebrovascular, trastornos endocrinos, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, enfermedades infecciosas, etc. , así como algunos medicamentos como las benzodiazepinas, los antihipertensivos, los anticancerígenos, entre otros, pueden causar depresión en momentos posteriores, o incrementar la severidad de síntomas depresivos ya presentes . Es así como la depresión geriátrica se manifiesta de forma heterogénea debido a que su etiología solo puede explicarse recurriendo a diversos mecanismos patogénicos de orden biológico y psicosocial que coexisten en el individuo. Más aun, la relación entre la enfermedad física y la depresión no necesariamente es una relación directa, ya que la depresión puede desencadenarse a causa del malestar y la discapacidad provocada directamente por alguna enfermedad en particular o, incluso, por el deterioro físico y sensorial asociado al envejecimiento.<sup>19</sup> Al considerar como grupo etario separado a los adultos mayores, la depresión si está considerada como uno de sus mayores problemas de salud; sin embargo, a pesar de ser una patología altamente tratable, la mayoría de adultos mayores no reciben tratamiento. Si a esto se añade concomitancia con enfermedades medicas ya sean agudas o crónicas, las tasas de prevalencia son también altas, especialmente si los adultos mayores están en casas de reposo o centros de asistencia. En los adultos mayores, la depresión es un desorden común, con consecuencias bien documentadas en el bienestar, funcionamiento diario, mortalidad y utilización de servicios.<sup>20</sup> De acuerdo a un estudio realizado en Malasia se identificó que, a pesar de la alta prevalencia de depresión entre personas mayores documentadas en las literaturas, la depresión entre los adultos mayores en el cuidado domiciliario aún no se ha investigado. Considerando esta falta de investigación en esta área, se llevaron a cabo varias series de estudios en el este tema para estandarizar los criterios de los estudios incrementando el número de encuestados a

participar. Algunos otros factores como la ideación suicida y la pérdida del apetito pueden también necesitar ser considerado como factores de riesgo De la depresión en ancianos en cuidado domiciliario.<sup>21</sup>

En un estudio realizado en lima Perú en el año 2015 se encontró que un 28% tuvo algún grado de dependencia funcional, y a su vez, fue más frecuente en los mayores de 80 años de forma significativa, habiéndose descrito que los factores asociados para desarrollar dependencia funcional son la edad y las condiciones de salud, económicas y sociales de la persona en la comunidad. La frecuencia de deterioro cognitivo fue de 16,2%, incrementándose en los mayores de 80 años, el de depresión fue de 8,4%, datos similares a los presentados por el Estudio de Salud Mental realizado tanto en Lima como en otros lugares del Perú.<sup>22</sup> En México en el servicio de Geriátria-Medicina Interna del Hospital General Regional núm. 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Guadalajara, Jalisco se realizó un estudio durante un periodo de tres meses en pacientes mayores de 70 años. A los pacientes se les aplicó la encuesta de Yesavage versión abreviada y posteriormente se aplicó la escala de Goldberg para conocer los síntomas depresivos, ansiosos o ambos que predominaban; además, se determinó la funcionalidad de cada paciente, así como algunas variables demográficas, comorbilidades, fármacos administrados y frecuencia de polifarmacia. se encontró frecuencia alta de depresión de inicio tardío con predominio de síntomas depresivos, que afectaba más a las mujeres, con dependencia funcional y diabetes como enfermedad asociada.<sup>23</sup> Los cambios biológicos y sociales hacen que el adulto mayor también esté expuesto a otros riesgos que deterioran su estado de salud, como la depresión, la ansiedad, el deterioro cognitivo y la malnutrición, pero son condiciones poco exploradas en esta población, por considerarlas inherentes a la edad, situación que los lleva a la dependencia funcional y

económica del Estado, la sociedad y la familia, donde muchas veces pueden ser objeto de abandono, abuso, maltrato y violencia.<sup>24</sup>

La prevalencia de la depresión es alta y los ancianos tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas. Los datos internacionales sugieren que la detección oportuna de la depresión en los ancianos es insuficiente, la latencia antes de los médicos. Aunque existen recomendaciones para el tratamiento de pacientes ancianos con depresión, los profesionales de la salud se adhieren a estas recomendaciones sólo en un grado limitado.<sup>25</sup> En Cuba en el 2012 se realizó un estudio que buscaba identificar las causas etiológicas de la depresión en el adulto mayor y se concluye que Se concluye que son múltiples los factores psicosociales que influyen en la depresión del adulto mayor pero los más importantes que predominaron tienen que ver con los eventos que ocurren en la convivencia familiar que si el mismo no es funcional trae consigo el agravamiento de los factores psicosociales descritos, por lo que se recomienda realizar una intervención comunitaria que eduque a las familias a convivir funcionalmente con los ancianos.<sup>26</sup>

El periodo del ciclo vital conocido como “adulthood mayor” o senescencia, posee probablemente características de mayor singularidad que las de otras fases, al acumular factores y experiencias de etapas previas y afrontar desenlaces que no por previsible o conocidos dejan de generar ansiedad o expectativas de duda, conflicto, pesimismo e incertidumbre. El componente afectivo o emocional de la vida cotidiana del adulto mayor, muchas veces privada del calor y el apoyo del grupo familiar o de un mínimo de interacciones sociales positivas, confiere significados diferentes a la gradual reducción de diversas funciones biológicas, cognitivas o sensoriales y, con ella, una mayor vulnerabilidad a variados agentes o factores patógenos. Finalmente, la psicopatología o clínica psicogeriatrica, aun cuando utilizando etiquetas nosológicas

similares a aquellas de fases previas del ciclo vital, entraña rasgos distintivos que es conveniente conocer y delinear claramente a fin de proveer la atención profesional más apropiada y oportuna.

La valoración geriátrica integral (VGI) se define como “un proceso diagnóstico evolutivo multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que puedan presentar los adultos mayores, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos, a fin de lograr el mayor grado de autonomía y mejorar su calidad de vida”. Multidimensional, porque incluye la evaluación de varias dimensiones que determinan el estado de salud (funcional, afectiva, cognitiva, social y física), e interdisciplinario, porque requiere del aporte de varios profesionales para la evaluación y manejo de los problemas de los adultos mayores. El equipo de salud básico encargado de la evaluación y cuidado de las personas mayores debería estar conformado por un médico, un enfermero, un profesional de servicio social y un terapeuta físico. Solo con una evaluación completa (integral) es posible la identificación cabal del estado de salud de la persona mayor, usualmente compleja y en ocasiones no fácil de determinar, con el fin de conocer el deterioro de la salud y sus causas, para brindarle una atención diferenciada, según lo que el paciente requiera y desee, pero también identificando los aspectos positivos que pueda tener o contar la persona o su familia para superar o manejar las adversidades y enfermedades y así poder enfrentar las dificultades y adaptarse a las condiciones limitantes que se presenten.<sup>27</sup> Es primordial identificar tempranamente, en forma sencilla y práctica, trastornos depresivos en adultos mayores, debido a que tienen connotaciones negativas en la vida de este grupo poblacional; por ejemplo, los adultos

mayores deprimidos tienen un riesgo aumentado para enfermedades cardiovasculares y de muerte. Para adultos mayores, se cuenta con la escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS). Esta escala tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado. Una primera versión de la escala constaba de 30 ítems (GDS-30) (Yesavage & Brink, 1983). Posteriormente, se publicó una versión más corta con 15 ítems (GDS-15) (Sheik & Yesavage, 1986) que ha mostrado su utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones. La GDS-15 muestra similar desempeño psicométrico en diferentes estudios, con valores de consistencia

interna entre 0.76 y 0.89. La GDS-15 consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario. Se da un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo. Para diligenciar esta escala se necesitan cinco minutos, en promedio (Sheik & Yesavage, 1986). Los ítems de la escala se presentan en la Tabla 1.<sup>28</sup> Los instrumentos de diagnóstico y de tamizaje son una herramienta útil para la investigación e intervención en el campo de la salud mental.<sup>29</sup> En un estudio realizado en el IMSS en el Hospital General de Zona 16 en Torreón, Coahuila, México, en pacientes mayores de 65 años, de uno y otro sexo, hospitalizados entre junio y diciembre de 2003. Se aplicaron las siguientes escalas: de Yesavage para depresión, de Katz y Lawton para dependencia, y de Folstein, versión Lobo, para demencia se encontró demencia en 3.1 % y depresión global en 50.3 %. El grado de depresión más frecuente

fue leve-moderada en 133 pacientes, de los cuales 74 (23.8 %) tuvieron entre 11 y 14 puntos en la escala de Yesavage y 59 (19.0 %), entre 15 y 19 puntos; 23 pacientes tuvieron 20 puntos o más. Tanto con la escala de Katz como con la de Lawton se observó alto porcentaje de dependencia.<sup>30</sup> La depresión es una enfermedad que tiene un impacto especialmente preocupante en la vejez por el incremento de factores precipitantes de enfermedades en esta etapa de la vida. En México, aún hay pocos estudios poblacionales que estudien la depresión en la senectud. en Ciudad Victoria, Tamaulipas. Se estudió a 1.126 personas mayores (455 hombres y 671 mujeres), que suponían aproximadamente el 5,1% de toda la población mayor de Ciudad Victoria en el momento de realización del estudio. La depresión fue medida mediante la escala *Geriatric Depression Scale*. Los resultados indican que: 1) la prevalencia de síntomas depresivos se sitúa en un 29%; y 2) los factores favorecedores de la depresión fueron la dependencia en actividades de la vida diaria, el deterioro cognitivo, la falta de apoyo social, la edad, el sexo, la soledad, la pobreza, los eventos estresantes y la percepción subjetiva de salud. La reducción de la depresión no sólo está vinculada a la mejora de aspectos relacionados con la salud, sino a la mejora de las condiciones de vida de los ancianos.<sup>31</sup>

Actualmente, los ancianos no solo buscan la satisfacción de sus necesidades materiales (vivienda, salud, entre otras), sino también de otras que antiguamente no eran importantes, tales como participar, hablar, decidir, comprometerse, divertirse, recrearse, aprender e intervenir en grupos. Hoy día, el adulto mayor se queja de su falta de autoridad en el núcleo familiar, dada por la independencia que toman los hijos, la dependencia económica hacia ellos, la imposibilidad de realizar todas las actividades hogareñas que antes realizaba, entre otros factores.<sup>32</sup> Las manifestaciones psicoafectivas

más frecuentes en los ancianos dada la incidencia de los factores biopsicosociales son: depresión, ansiedad y estrés; así, al menos la mitad de los individuos mayores de 65 años, tienen alguna alteración psíquica en la que predomina la ansiedad y la depresión.<sup>33</sup> La evaluación geriátrica, representada por un indicador único que resume varios ítems de una escala, tiene una posición intermedia entre ambos conglomerados, aunque parece asociarse más a las variables de la esfera física que a las de la esfera psíquica. La relativa independencia de las dimensiones física y psicológica permite suponer que la percepción de la calidad de vida general se mejoraría en la tercera edad, a pesar de lo afectada que pueda estar la salud física, si se trabaja con las personas en un equilibrio dinámico que fortalezca y haga emerger aspectos resilientes y protectores de la personalidad de los sujetos y de los grupos.<sup>34</sup> Desde el punto de vista microsocial, la familia juega roles principales como la adaptación para satisfacer las necesidades del anciano y la aceptación por parte de los miembros de esta de los deseos de los ancianos, a partir de reajustes en el estilo de vida que les permita participar en la discusión de cuestiones familiares. La comprensión y la protección que sean capaces de brindarles, en dependencia de las limitaciones funcionales que puedan presentar, contribuirán en su beneficio.<sup>35</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El envejecimiento de la sociedad en México abarca diferentes áreas, especialidades o profesionales como los psicólogos, médicos, trabajadores sociales, economistas, políticos y otros. En el ámbito emocional, existen algunos puntos que son prioritarios en el cuidado de los adultos mayores, entre los cuales el funcionamiento psicológico se encuentra ligado a depresión y ansiedad.

Además, hay que tener en cuenta que la mayoría de los ancianos con depresión no son diagnosticados y no reciben un tratamiento adecuado, con lo que es probable que se incremente el uso de servicios de salud y los costes asociados que conlleva.

Por otra parte, hay una amplia literatura que aborda los diversos factores de riesgo de la depresión en general y, en concreto, de la depresión en personas mayores; entre los factores de riesgo que, últimamente, han provocado más producción científica, destacamos la clase social, explicada por los diferentes componentes del nivel socioeconómico (ingresos, trabajo y educación). No se puede desconocer el papel de los afectos en la adultez mayor, especialmente en el caso del adulto institucionalizado. La depresión y la ansiedad se asocian con características sociodemográficas vinculadas a situaciones de desventaja, así como a las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo. Resulta necesario pensar en estrategias que permitan enfrentar los trastornos mentales propios de este grupo etario.

**¿Cuál es la caracterización de la depresión en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar No? 23 de Díaz Ordaz, Tamaulipas?**

## **JUSTIFICACIÓN**

La importancia que ha cobrado en las últimas décadas el estudio de la depresión en las personas mayores, la escasez de investigaciones poblacionales en este ámbito, el escaso abordaje que de esta problemática se ha hecho en ciudades de tamaño medio en México y la conveniencia de conocer las características de los pacientes con síntomas depresivos en diferentes ciudades de países como México, así como sus factores de riesgo, nos ha llevado a realizar una investigación en la unidad de Medicina Familiar #23 del IMSS en Díaz Ordaz Tamaulipas a fin de poder identificar las áreas de oportunidad para incidir y realizar propuestas de abordaje en el ámbito sociodemográfico y Biopsicosocial de los adultos mayores derechohabientes.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Realizar la Caracterización de la depresión en el adulto mayor en la UMF #23 del IMSS.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar las características socio demográficas de los pacientes participantes.
- Identificar las comorbilidades presentes en los pacientes incluidos en el presente estudio.
- Conocer la prevalencia de la depresión en los adultos mayores
- Identificar los factores presentes como causas de la depresión en adultos mayores.

## METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### CLASIFICACIÓN DEL DISEÑO DEL ESTUDIO

- **Exploratorio**

- Observacional
- Descriptivo
- Transversal

### SEGÚN EL NÚMERO DE MEDICIONES

- Transversal (X)
- Longitudinal ( )

### SEGÚN LA RELACIÓN CRONOLÓGICA ENTRE EL INICIO DEL ESTUDIO Y LA OBSERVACIÓN DE LAS VARIABLES DE INTERES

1. Retrospectivo ( )
2. Prospectivo (X)

#### a) Diseño del estudio

#### Taxonomía de AR Feinstein (1985)

EJES	CONCEPTO
Finalidad del estudio	Exploratorio
Secuencia Temporal	Transversal
Control de asignación aleatoria de los factores de estudio (Intervención)	Observacional
Inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos	Prospectivo
Direccionalidad en la obtención de la información	Proyectivo
Búsqueda o no de la asociación entre dos variables	No comparativo

## **B) POBLACIÓN DE ESTUDIO, TIEMPO Y LUGAR DE ESTUDIO :**

Pacientes mayores de 60 años, adscritos a la UMF 23 en la Cd de Diaz Ordaz Tamaulipas, que acuden a recibir atención médica y que además cumplan con los criterios de inclusión. Durante los meses de realización del estudio

## **C) MUESTRA Y MUESTREO**

### **MUESTRA**

**MUESTREO:** Se realizará un estudio no probabilístico por conveniencia.

El tamaño muestral se obtuvo tomando en cuenta los resultados obtenidos en un estudio publicado por la Universidad de Salamanca España donde se estudió una población Mexicana de adultos mayores en el 2015 donde se incluyeron 1,126 participantes que tuvo como conclusión que de los pacientes adultos mayores se ha identificado una prevalencia del 29 % con un predominio del sexo femenino; tomando este porcentaje la muestra será de pacientes elegidas por muestreo no probabilístico por conveniencia.

$$N = \frac{Z^2 P Q}{D^2}$$

$$N = (1.96)^2 \times 0.29 \times 1 - 0.29 \div (0.05)^2$$

$$3.8416 \times 0.29 \times 0.71 \div (0.05)^2$$

$$N = 0.79098544 / 0.0025$$

$$N = 316$$

DONDE

N= es el tamaño muestral

Z= es el nivel de significancia (valor correspondiente a la distribución de gauss): 1.96

P= es la proporción de observaciones que se espera obtener= 29 % o 0.29

Q= es la contraparte de la proporción de observaciones en una categoría: 1-p

D= es la desviación estándar (el error que se puede cometer): 5 % o 0.05

#### **d) CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN.**

##### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes de ambos sexos mayores de 60 años

Derechohabientes de la U.M.F. No. 23 que se encuentren vigentes.

Firmar el consentimiento informado.

Que sepan leer y escribir.

Quienes no sepan leer y escribir acudirán acompañados de algún familiar o persona responsable para su apoyo en la aplicación del cuestionario.

##### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes que no sepan leer o escribir y/o no acudan acompañados.

Pacientes con deterioro cognitivo.

##### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

Encuestas incompletas

Encuesta no legible

## **e) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Depresión

### **VARIABLES INDEPENDIENTES:**

Edad

Comorbilidades

Residencia

Escolaridad

Estado civil

Ocupación

Religión

Nivel Socioeconómico

Dependencia familiar.

Abandono

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Depresión	Cualitativa	trastorno del estado de ánimo. estado de abatimiento e infelicidad.	trastorno del estado de ánimo de acuerdo al DSM IV.	ordinal	Escala de Yesavage
Comorbilidades	Cualitativa	presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad de base	enfermedad concomitante.	ordinal	Si No
Forma de convivencia	Cualitativa	Destaca las relaciones que mantienen los integrantes de una familia que viven en una misma casa.	Interacción con una o más personas en un mismo hogar o el aislamiento al vivir solo	Ordinal	Sola (a) Acompañado
Diabetes Mellitus	Cualitativo	Es una enfermedad metabólica caracterizada por Hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.	Determinación dos cifras de Glucosa plasmática en ayuno igual o mayores a 126 mg /dl.	Numérica	Positivo o Negativo
Hipertensión Arterial	Cualitativa	Trastorno cuya patogenia se desconoce en muchos casos, que en última instancia causa aumento de la presión diastólica y sistólica, así como alteraciones del lecho vascular y alteraciones funcionales de los tejidos afectados.	Número de años estudiados terminados hasta el momento en que ocurre el accidente.	Numérica	Positivo o negativo

Dislipidemia	Cualitativa	Las Dislipidemias son un conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en la concentración de lípidos sanguíneos en niveles que involucran un riesgo para la salud	Concentraciones sanguíneas anormales de triglicéridos mayor a 150 mg/dl, colesterol mayor a 200 mg/dl, colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad igual o menor a 23 mg/dl en el hombre y 50 mg/dl en la mujer y colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad mayor o igual a 130 mg/dl.	Numérica	Positivo o Negativo
Sedentarismo	Cualitativa	Es la carencia de actividad física fuerte como el deporte, lo que por lo general pone al organismo humano en situación vulnerable ante enfermedades especialmente cardíacas.	Se considera si el paciente no realiza actividad física de forma rutinaria 30 minutos tres días a la semana.	Nominal	Positivo o Negativo
Obesidad	Cualitativa	Se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud	Un IMC = $0 < a < 25$ determina sobrepeso. Un IMC = $0 > 30$ determina obesidad	Categórica Nominal	Grado I, Grado II, Grado III.
Tabaquismo	Cualitativa	Es la <u>adicción al tabaco</u> , provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo dada	Refiere antecedente de uso de tabaco. Se incluye el uso activo y pasivo.	Nominal	Positivo o Negativo.

		principalmente por uno de sus componentes activos, la <u>nicotina</u> .			
Alcoholismo	Cualitativa	Dependencia o adicción a las bebidas alcohólicas.	Antecedente de consumo de alcohol previo al estado actual sin importar la cantidad.	Cualitativa ordinal	Positivo Negativo
Sexo	Cualitativa	Se refiere a las características primarias y secundarias expresadas en el genotipo y fenotipo que establecen las diferencias entre varón y mujer.	Registro de "M" para masculino y "F" para femenino	Nominal	Masculino Femenino.
Edad	Cuantitativa	Se refiere a la propiedad característica de los seres humanos de acumular tiempo de vida en forma progresiva, irreversible y constante, susceptible de ser medida por acuerdo internacional.	Edad expresada en años en el momento de ser captado para el estudio.	Numérica Continua	Múltiples. Se efectuará el registro en quinquenios y decenios
Ocupación	Cualitativa	Referida como la profesión, oficio u ocupación primordial del paciente detectado en el momento de ingresar al estudio	Registro de la ocupación del paciente	Nominal	Variables
Estado civil	Cualitativa	Condición de cada individuo con respecto a sus derechos y obligaciones civiles.	Condición de cada individuo con respecto a sus derechos y obligaciones civiles.	Nominal	Soltera(o) Casada(o) Divorciada(o) Viuda(o) Unión Libre

Escolaridad	Cualitativa	Se refiere al grado de educación máximo alcanzado por el paciente en el momento de ingresar al estudio, independientemente del sitio donde fue adquirida y tipo de esta.	Registro en el expediente de la escolaridad	Nominal	<p>Múltiples.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primaria completa</li> <li>2. Primaria incompleta</li> <li>3. Secundaria completa</li> <li>4. Secundaria incompleta</li> <li>5. Preparatoria completa (bachillerato)</li> <li>6. Preparatoria incompleta</li> <li>7. Profesional o Técnico</li> </ol>
Nivel Socioeconómico	Cualitativa, Ordinal, Politómica	Situación económica ante la sociedad, de acuerdo con el número de salarios mínimos que se perciben.	Situación económica ante la sociedad, de acuerdo con el número de salarios mínimos que se perciben.	Nominal	<p><b>Múltiples.</b></p> <p>Muy bajo (1 salario mínimo) / Bajo (2 salarios mínimos) / Medio Bajo (3 salarios mínimos) / Medio Alto (4 salarios mínimos) / Alto (5 salarios mínimos) salario mínimo de \$ 63.12.</p>

## **PLAN DE ANÁLISIS**

Los datos serán analizados con estadística descriptiva.

Se utilizarán medidas de tendencia central como

Media

Mediana

Moda

Desviación estándar

Rango

Medidas de dispersión

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Previo registro y aprobación del proyecto ante el CLIEIS del IMSS. El proyecto se conducirá de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Declaración de Helsinki, Finlandia en la 18ª Asamblea Médica Mundial de 1964; cuyos contenidos fueron actualizados en la revisión de Tokio en 1975 y revisados en la 64ª Asamblea General, Fortaleza Brasil, octubre del 2013. Cuyos principios generales hacen énfasis en “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica". En cuanto al marco político el protocolo de investigación estará apegado a lo estipulado en la Constitución Política, en la Ley General de Salud Título Quinto Investigación para la Salud y el Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, la Norma Técnica número 313, 314 y 315. Según el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud título 2 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos Capítulo 1, artículo 17, fracción 2. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios. Por otro lado, se respetarán y se cumplirán los principios básicos de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia), además de asegurar la confidencialidad de los resultados.

## ADMINISTRACIÓN DEL TRABAJO

### “CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF #23 EN EL IMSS”

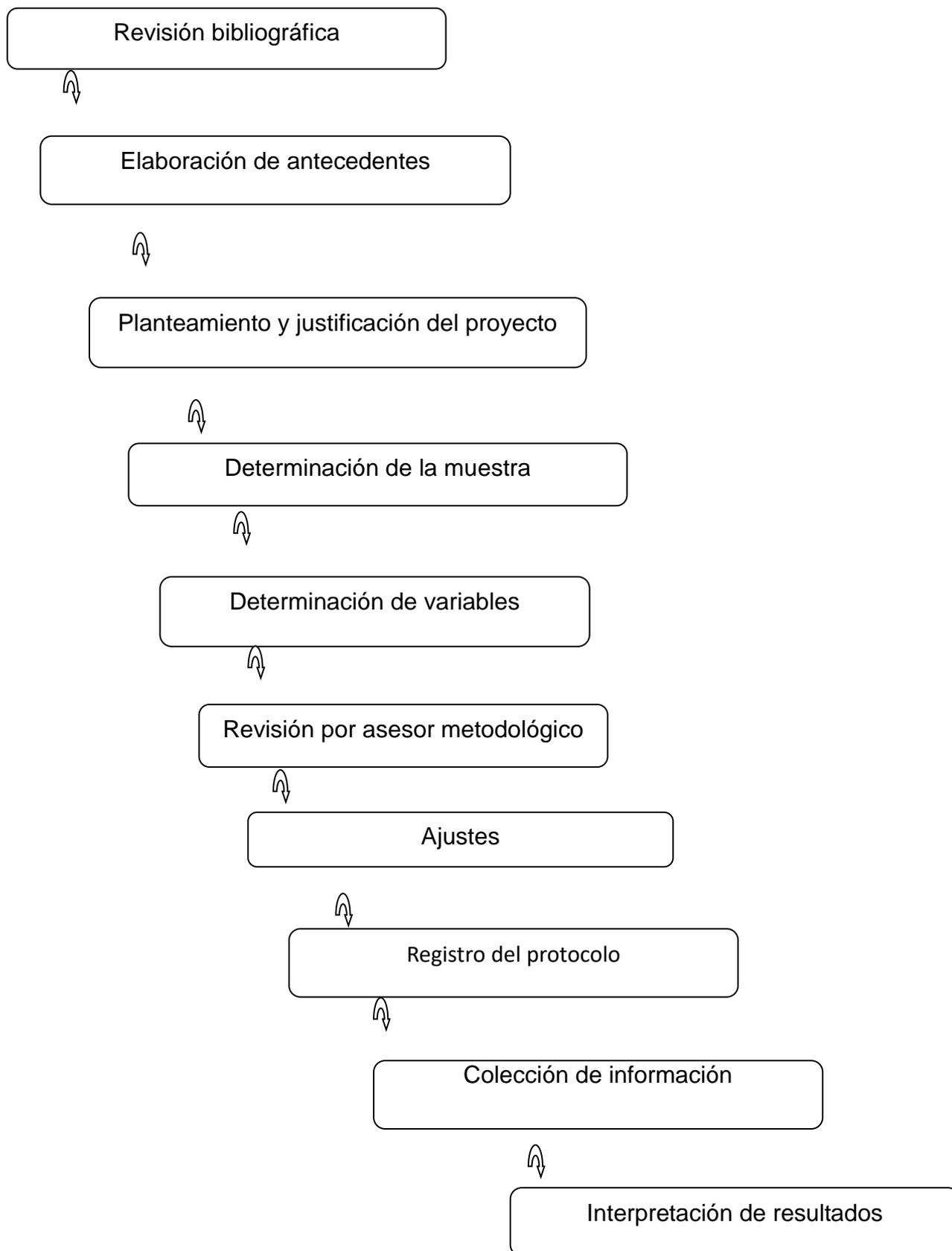
**Investigador principal.** - Dra. Aracely Jiménez Villagrana Médico Familiar adscrito al servicio de consulta externa UMF #23. IMSS Matrícula: 99290708 Tel :(899) 8729828 email: [arajmz@live.com](mailto:arajmz@live.com) **Investigador Asociado:** Dra. Sonia Elena Santoyo Treviño. Médico No Familiar Jefe de Educación HGZ#1IMSS.MatrículaIMSS:10168354Teléfono:8991602747 Correo electrónico: sonia.santoyo@imss.gob.mx

**Alumno:** Dra. Aracely Jiménez Villagrana. Residente de primer grado de la especialidad de medicina familiar en modalidad semipresencial. Matrícula: 99290708 Correo: arajmz@live.com  
Tel: (899) 8729828

ACTIVIDADES	Ene Mar 2017	Abr 2017	May Jun 2017	Jul Ago 2017	Sep. Oct 2017	Nov 2017	Dic 2017	Ene 2018	Feb 2018
<i>Recolección de bibliografía</i>	X								
<i>Elaboración del protocolo</i>	X	X	X						
<i>Registro Evaluación del protocolo por el CLIEIS</i>			X						
<i>Aceptación del protocolo por el CLIEIS</i>			X						
<i>Etapa de ejecución del estudio</i>			X	X	X	X	X		
<i>Elaboración de informe final</i>							X	X	
<i>Entrega de la tesis</i>									X

2017-2018

## FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PROCESAMIENTO



## RECURSOS HUMANOS

◆ Encuestador

◆ Investigador

- Principal
- Responsable

◆ Asesores

- Clínico

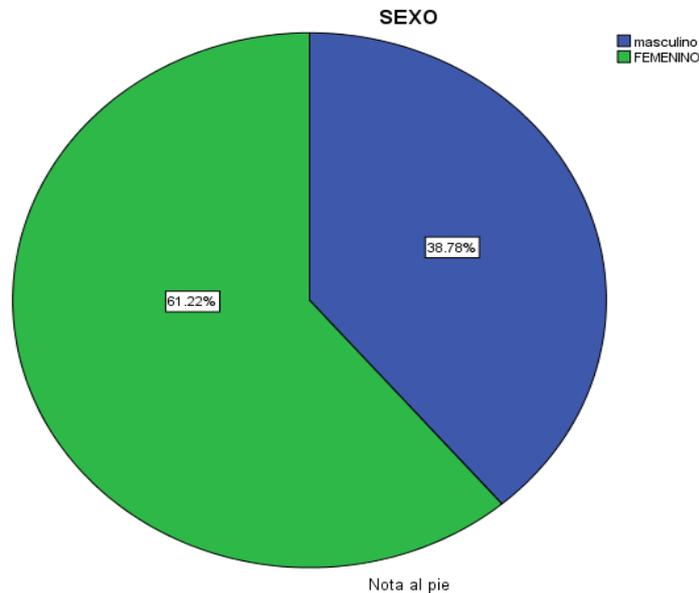
**RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES REQUERIDOS PARA DESARROLLAR LA INVESTIGACIÓN**

<b>Material</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo</b>
<b>Computadora</b>	<b>1</b>	<b>\$8,000</b>
<b>Impresora</b>	<b>1</b>	<b>\$1000</b>
<b>Cajas de lápices</b>	<b>3</b>	<b>\$100</b>
<b>Paquetes de hojas blancas</b>	<b>5</b>	<b>\$60</b>
<b>Cajas de bolígrafos</b>	<b>2</b>	<b>\$50</b>
	<b>Total</b>	<b>\$9,110</b>

Los recursos materiales serán aportados por el investigador responsable

## RESULTADOS

De acuerdo con el muestreo se calculó una muestra poblacional de 316 pacientes con sobrepeso y obesidad de los cuales solo aceptaron participar en el estudio 98 pacientes bajo consentimiento informado de los cuales el 61.2% correspondió al sexo femenino y 38.7% al sexo masculino.

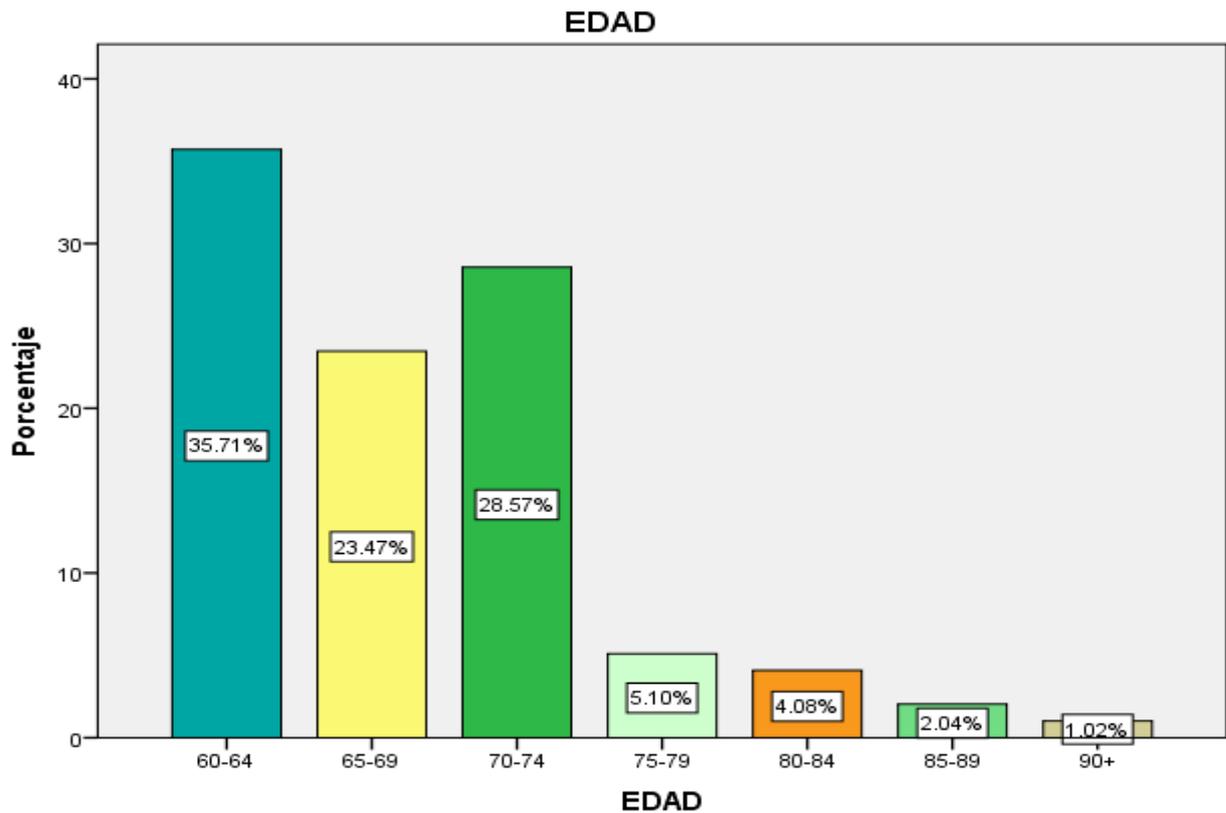


**Figura 1.** Frecuencia de pacientes de acuerdo con el sexo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	masculino	38	38.4	38.8	38.8
	FEMENINO	60	60.6	61.2	100.0
	Total	98	99.0	100.0	
Perdidos	Sistema	1	1.0		
Total		99	100.0		

**Tabla 1.** Frecuencia de pacientes de acuerdo con el sexo

En relación con la edad podemos observar que la mayor parte de pacientes se encuentran en el rango de edad de 60-64 años de edad con un 35% , seguido de los pacientes de 70-74 años con un 28%, y en menos frecuencia los pacientes de mas de 90 años significando solo el 1%.

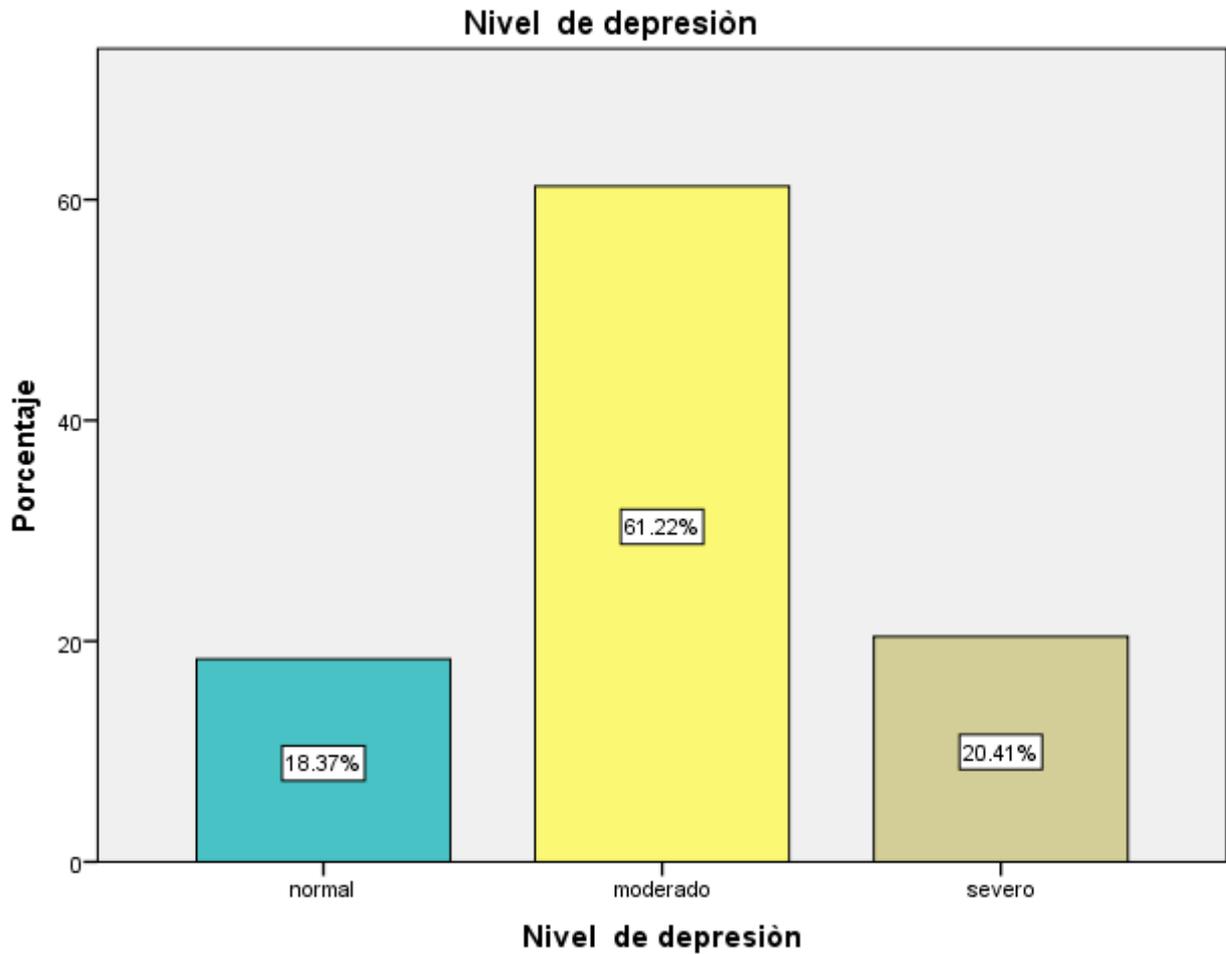


**Figura 2.** Distribución porcentual por grupo etario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	60-64	35	35.4	35.7	35.7
	65-69	23	23.2	23.5	59.2
	70-74	28	28.3	28.6	87.8
	75-79	5	5.1	5.1	92.9
	80-84	4	4.0	4.1	96.9
	85-89	2	2.0	2.0	99.0
	90+	1	1.0	1.0	100.0
	Total	98	99.0	100.0	
Total	99	100.0			

**Tabla 2.** Distribución porcentual por grupo etario

El nivel de depresión identificado en los pacientes incluidos en el estudio podemos ver que el 61% presento depresión moderada, el 20% depresión severa y el 18% se encontró normal.

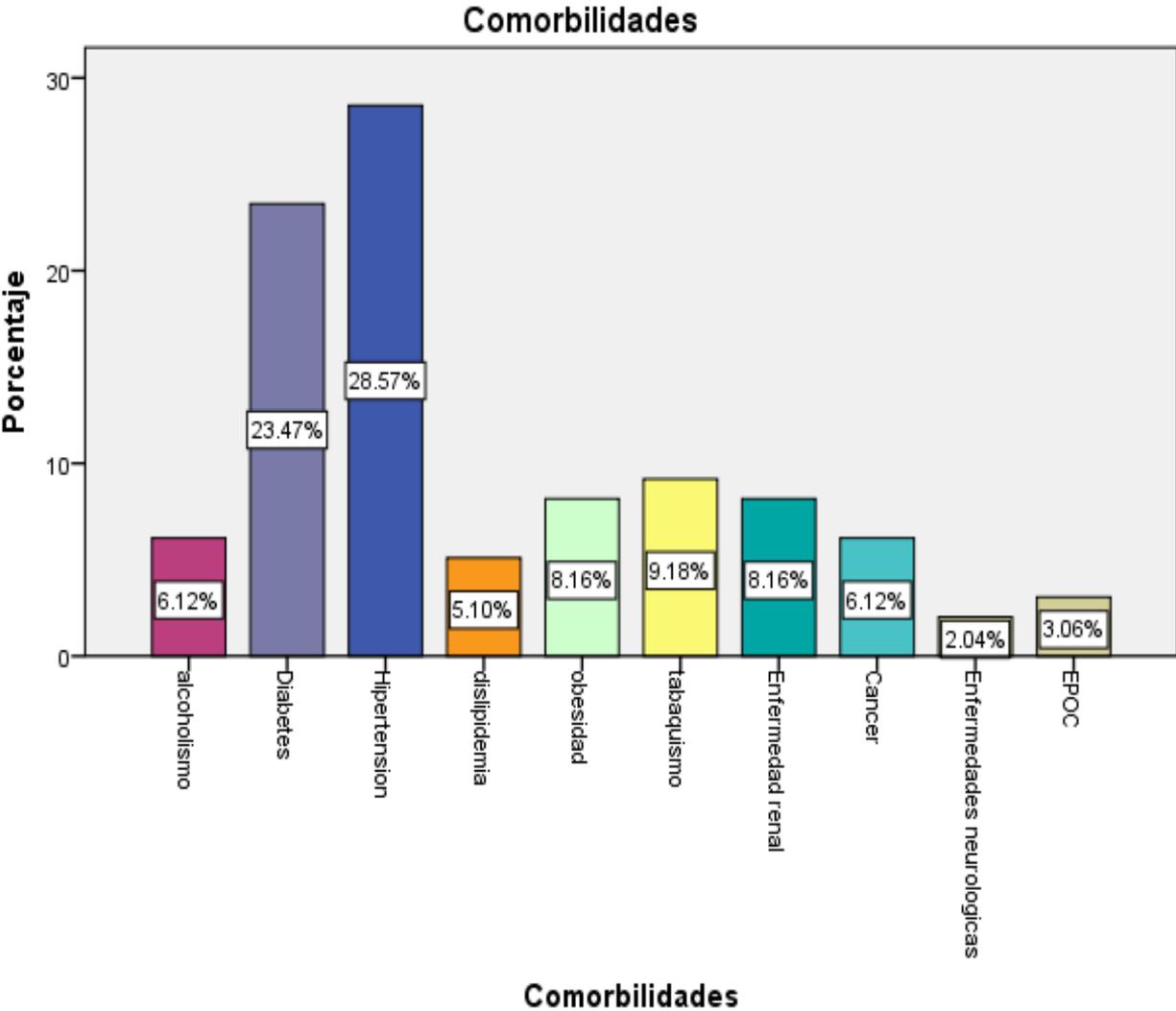


**Figura 3.** Distribución porcentual de acuerdo al Nivel de depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	normal	18	18.2	18.4	18.4
	moderado	60	60.6	61.2	79.6
	severo	20	20.2	20.4	100.0
	Total	98	99.0	100.0	
Perdidos	Sistema	1	1.0		
Total		99	100.0		

**Tabla 3.** Distribución porcentual de acuerdo con el Nivel de depresión

Las comorbilidades presentes fueron las más frecuentes, la hipertensión arterial en un 28.5% , seguido de la diabetes mellitus en un 23.4%, en menor frecuencia se identificaron las enfermedades neurológicas en un 2%.



**Figura 4.** Frecuencia de comorbilidades presentes

**Comorbilidades**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	alcoholismo	6	6.1	6.1	6.1
	Diabetes	23	23.2	23.5	29.6
	Hipertension	28	28.3	28.6	58.2
	dislipidemia	5	5.1	5.1	63.3
	obesidad	8	8.1	8.2	71.4
	tabaquismo	9	9.1	9.2	80.6
	Enfermedad renal	8	8.1	8.2	88.8
	Cancer	6	6.1	6.1	94.9
	Enfermedades neurologicas	2	2.0	2.0	96.9
	EPOC	3	3.0	3.1	100.0
	Total	98	99.0	100.0	
Perdidos	Sistema	1	1.0		
Total		99	100.0		

**Tabla 4.** Frecuencia de comorbilidades presentes

En relación a la escolaridad de los pacientes participantes podemos ver que el 55% solo cuentan con la primaria completa seguido de los pacientes con secundaria en un 19% y solo el 1 % analfabeta.

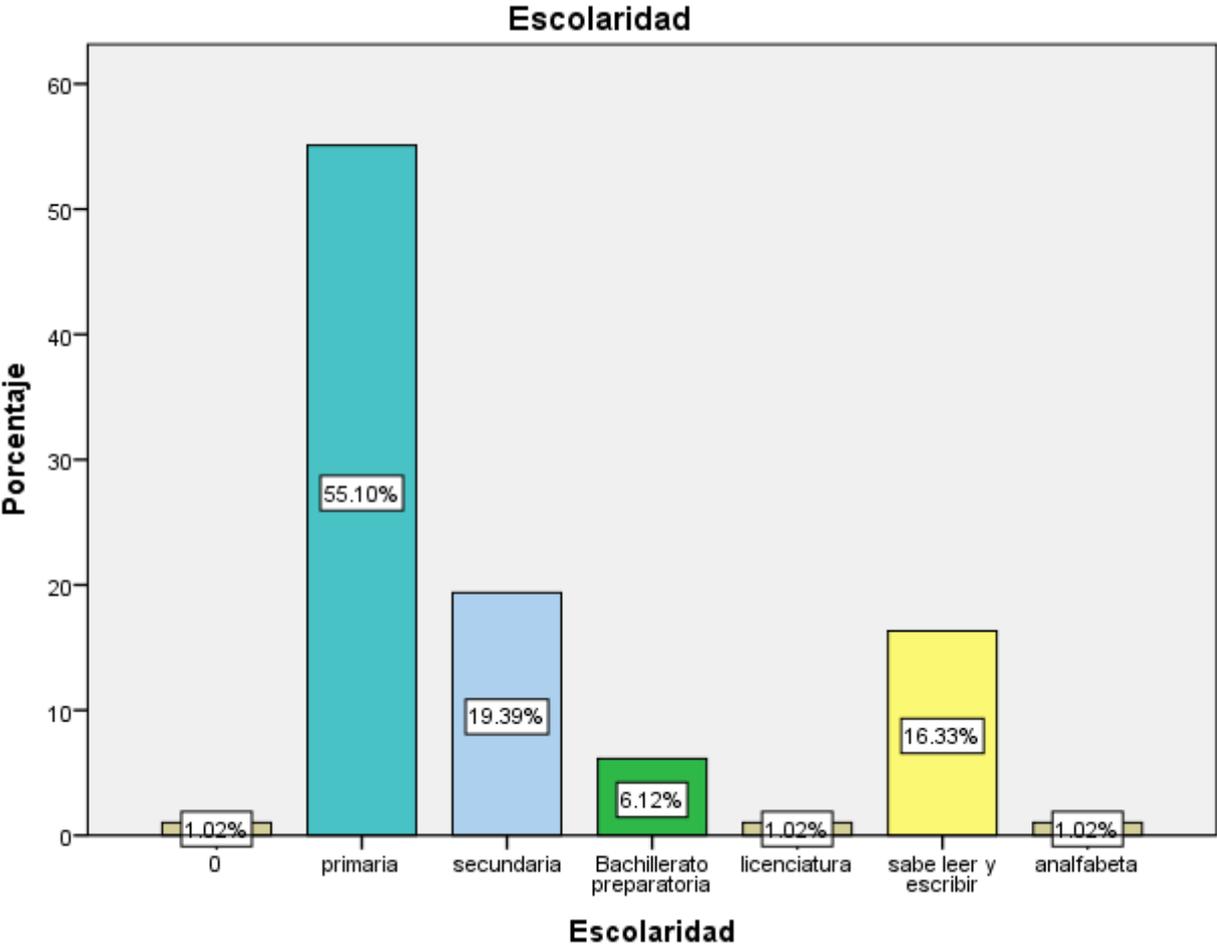


Figura 5. Frecuencia en relación a la escolaridad

		<b>Escolaridad</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	1	1.0	1.0	1.0
	primaria	54	54.5	55.1	56.1
	secundaria	19	19.2	19.4	75.5
	Bachillerato preparatoria	6	6.1	6.1	81.6
	licenciatura	1	1.0	1.0	82.7
	sabe leer y escribir	16	16.2	16.3	99.0
	analfabeta	1	1.0	1.0	100.0
	Total	98	99.0	100.0	
Perdidos	Sistema	1	1.0		
Total		99	100.0		

**Tabla 6.** Frecuencia en relación con la escolaridad

La ocupación de los pacientes es un 45% labores del hogar seguido del 33.6% de pensionados, sin ocupación 9%, operadores 3% y en menos frecuencia otras ocupaciones significando el 9.4%.

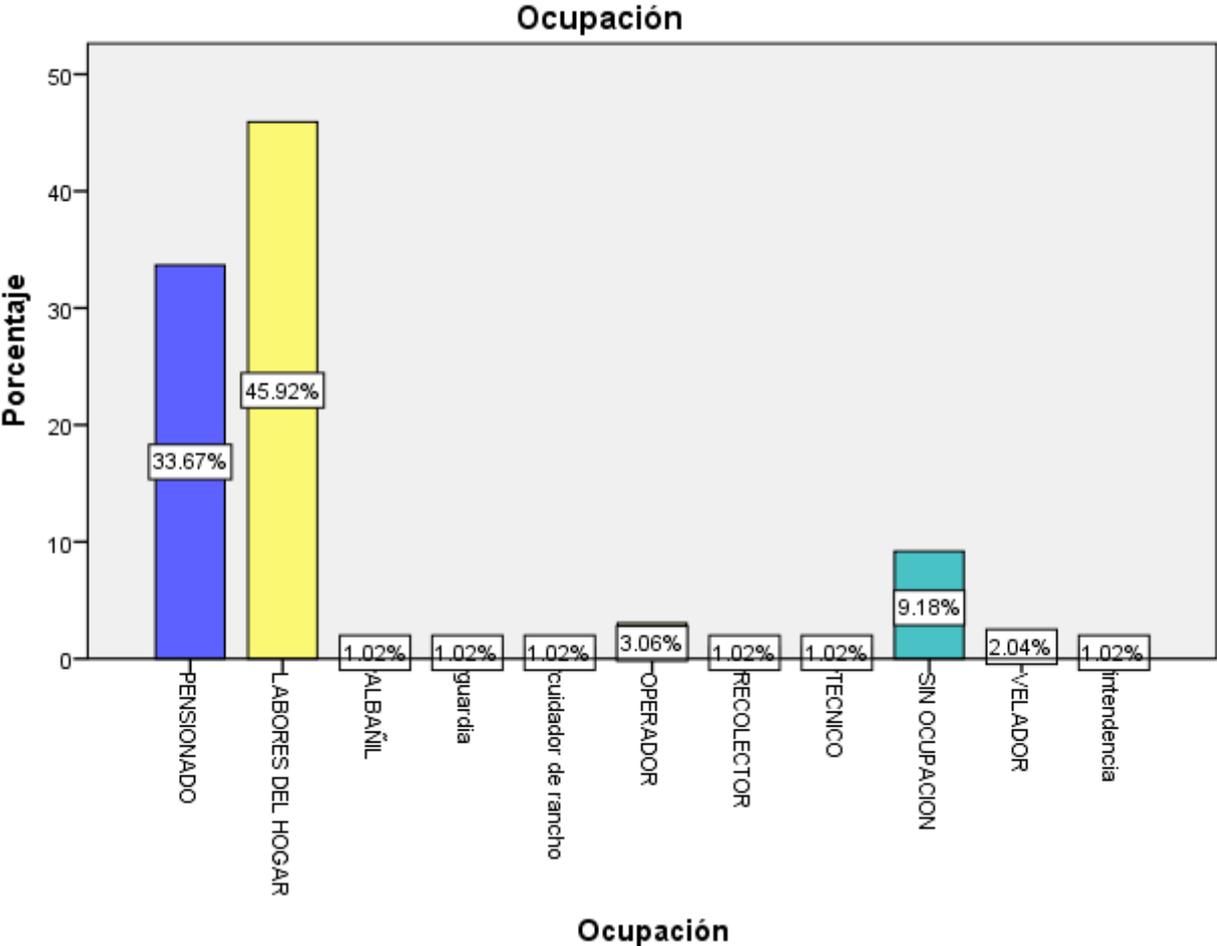


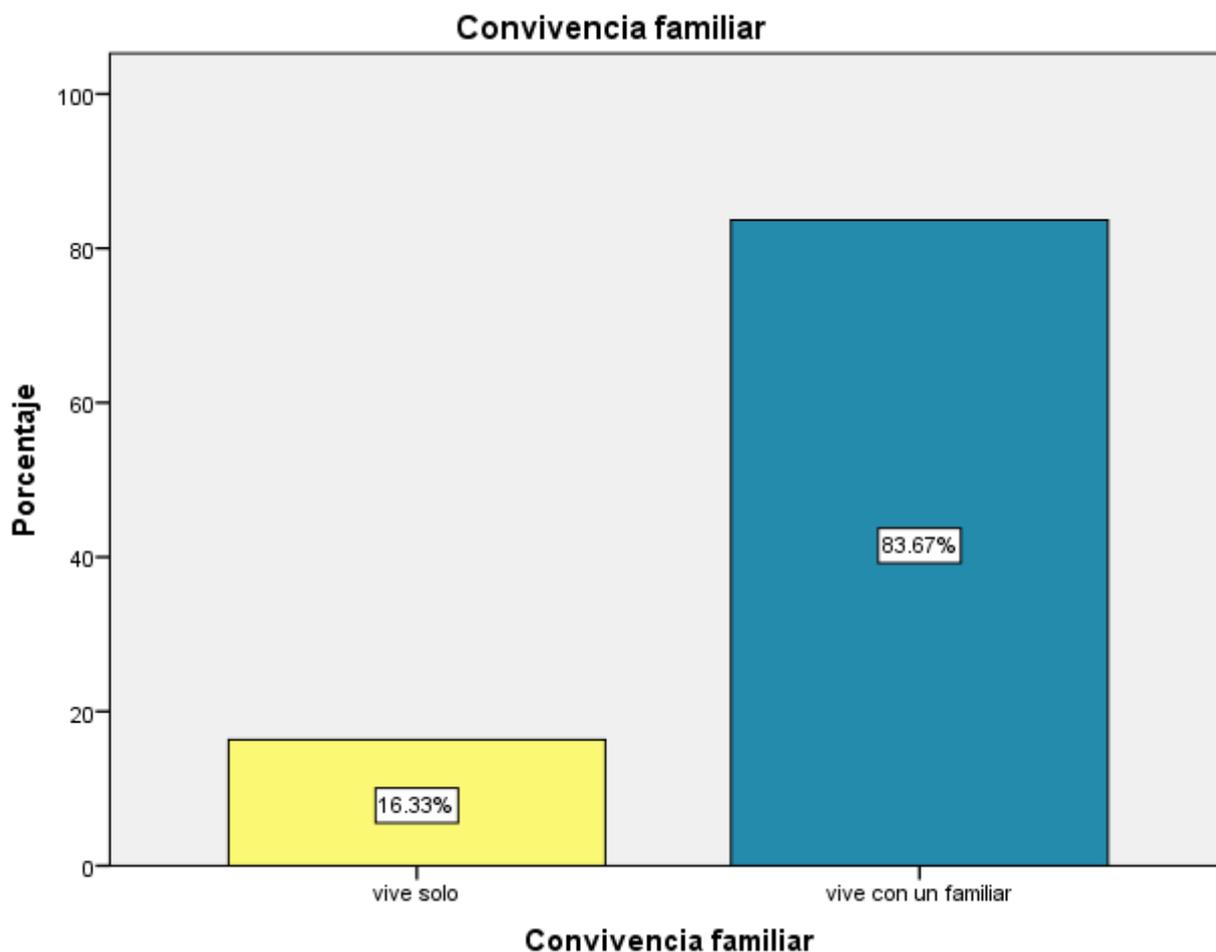
Figura 7. Frecuencia de acuerdo con la ocupación.

**Ocupación**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PENSIONADO	33	33.3	33.7	33.7
	LABORES DEL HOGAR	45	45.5	45.9	79.6
	ALBAÑIL	1	1.0	1.0	80.6
	guardia	1	1.0	1.0	81.6
	cuidador de rancho	1	1.0	1.0	82.7
	OPERADOR	3	3.0	3.1	85.7
	RECOLECTOR	1	1.0	1.0	86.7
	TECNICO	1	1.0	1.0	87.8
	SIN OCUPACION	9	9.1	9.2	96.9
	VELADOR	2	2.0	2.0	99.0
	intendencia	1	1.0	1.0	100.0
	Total	98	99.0	100.0	
Perdidos	Sistema	1	1.0		
Total		99	100.0		

**Tabla 7.** Frecuencia de acuerdo con la ocupación.

En relaciona a la convivencia familiar y observando si el paciente vive solo o en compañía de un familiar podemos ver que el 84% vive con un familiar y el 16 % vive solo.



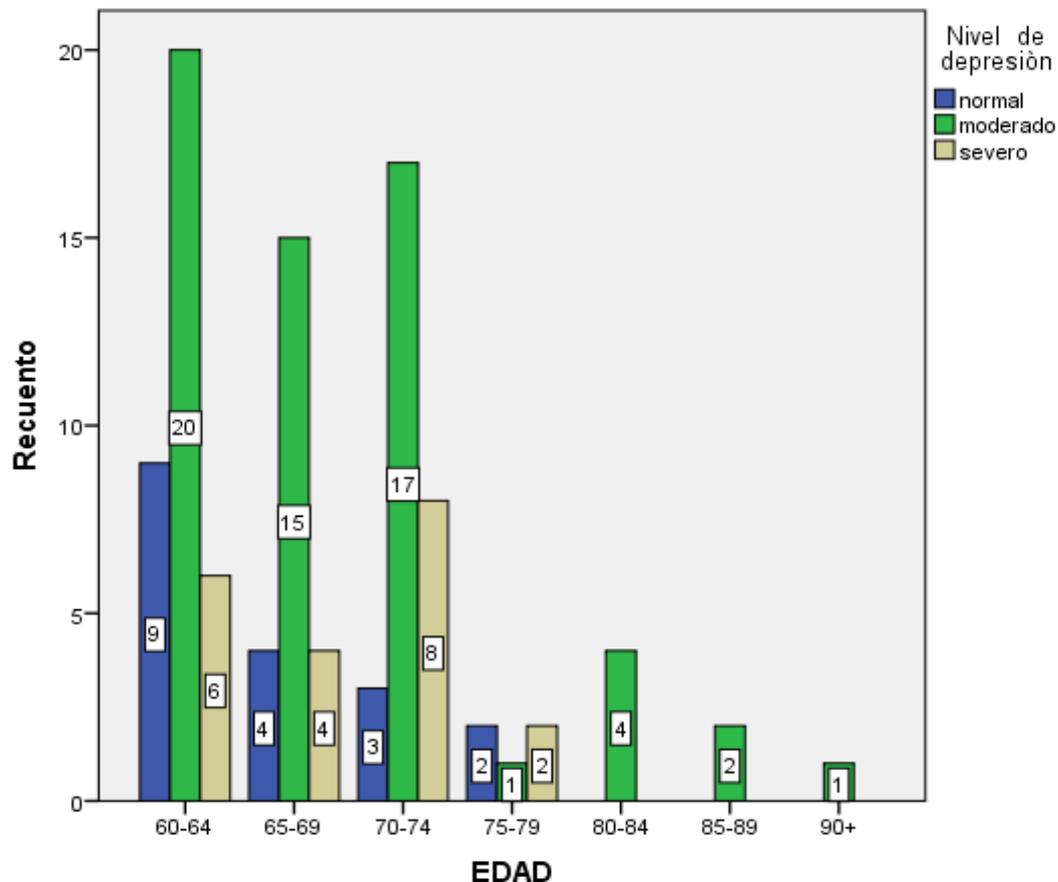
**Figura 8.** Distribución porcentual de acuerdo a la convivencia.

**Convivencia familiar**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	vive solo	16	16.2	16.3	16.3
	vive con un familiar	82	82.8	83.7	100.0
	Total	98	99.0	100.0	
Perdidos	Sistema	1	1.0		
Total		99	100.0		

**Tabla 8.** Distribución porcentual de acuerdo a la convivencia.

En la correlación de variables podemos observar que el nivel de depresión y le edad se identifica que los grupos etarios de 60-64, 65-69 y de 70-74 es donde hay mayor frecuencia de casos de depresión moderada y severa  $\chi^2 = .5$



**Figura 9.** Cruce de variables nivel de depresión y grupos etarios.

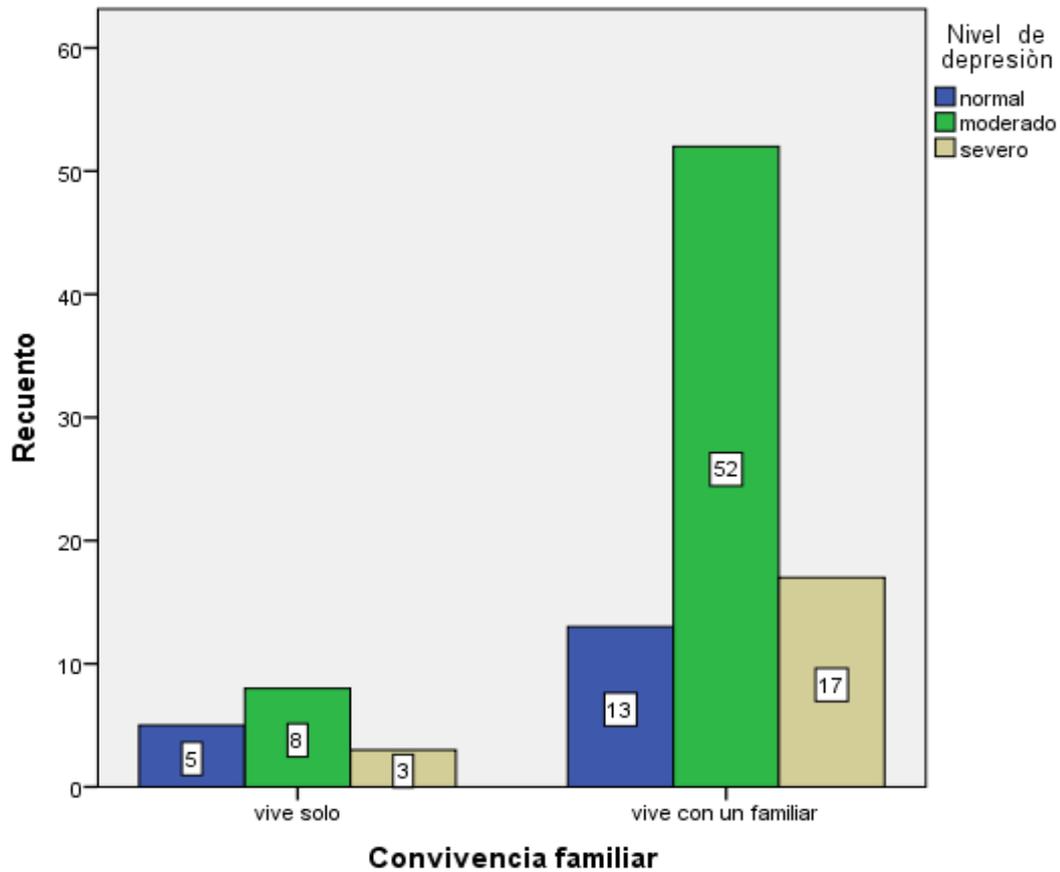
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	11.325 <sup>a</sup>	12	.501
Razón de verosimilitud	13.685	12	.321
Asociación lineal por lineal	.839	1	.360
N de casos válidos	98		

a. 14 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .18.

**Tabla 9.** Prueba de chi cuadrada nivel de depresión y grupos etarios.

El nivel de depresión y la convivencia familiar se identifican mayor número de pacientes con datos de depresión moderada cuando viven con un familiar con un resultado de  $\chi^2 = .3$ .



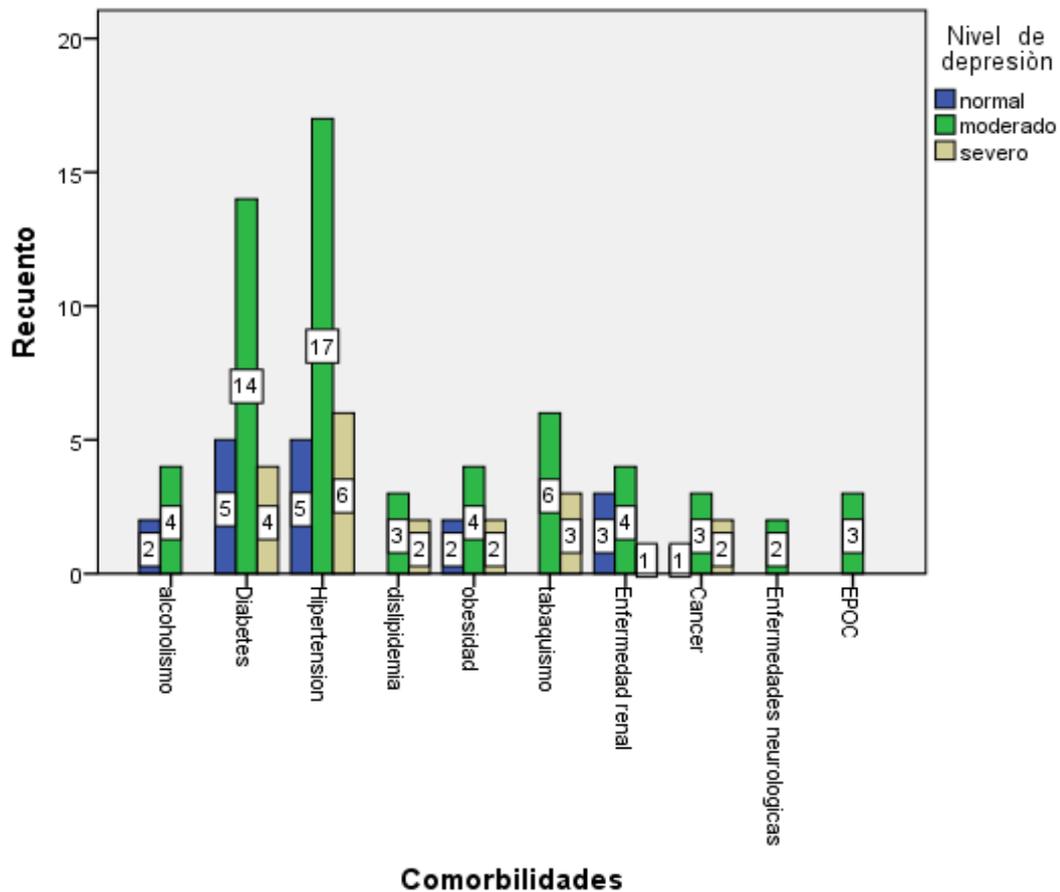
**Figura 10.** Nivel de depresión y convivencia familiar.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2.147 <sup>a</sup>	2	.342
Razón de verosimilitud	1.929	2	.381
Asociación lineal por lineal	1.033	1	.309
N de casos válidos	98		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.94.

**Tabla 10.** prueba de chi cuadrada nivel de depresión y convivencia familiar.

En relación con el nivel de depresión y las comorbilidades podemos observar que la mayor frecuencia de los casos se observan en los pacientes con datos de diabetes mellitus e hipertensión arterial, el resultado de la prueba de  $\chi^2 = .8$



**Figura 11.** Cruce de variables nivel de depresión y comorbilidades.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12.777 <sup>a</sup>	18	.805
Razón de verosimilitud	17.430	18	.494
Asociación lineal por lineal	.549	1	.459
N de casos válidos	98		

a. 25 casillas (83.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .37.

**Tabla 11.** Prueba de chi cuadrado nivel de depresión y comorbilidades.

## DISCUSIÓN

De acuerdo a lo identificado en la literatura podemos observar que la presencia de la depresión en adultos mayores es del 13% como en el caso de estudios realizados en Chile en el caso de México podemos observar de acuerdo a lo reportado por el INSP en el 2013 que se identifica una prevalencia del 20% en relación a depresión severa, en nuestro estudio podemos observar que se identifica una prevalencia de 60% con depresión moderada y el 20% con depresión severa lo cual coincide con lo reportado en el estudio comentado, de acuerdo a las estadísticas del INEGI se informó en el 2010 que el 53% de la población mexicana de adultos mayores son mujeres y el 47% lo cual coincide con nuestro estudio donde el 61% son mujeres y el 41% son hombres, en un estudio realizado en la ciudad de México se identificó que los factores de riesgo asociados a la depresión en adultos mayores son el nivel socioeconómico, el nivel educativo, y la convivencia familiar en nuestro estudio podemos observar que la mayor frecuencia de casos de depresión se encuentran en los grupos de pacientes que se encuentran en compañía de un familiar. En un estudio realizado en Cataluña se muestra una prevalencia de depresión que varía según el nivel asistencial: atención primaria: 20-24%; hospital general: 24-46%; residencia geriátrica: 34%. También se ha constatado una prevalencia del 16% en un estudio en un EAP urbano (Manresa 2001), en mayores de 64 años aplicando una VGI y administrando la escala Yesavage para el diagnóstico de depresión, lo cual se encuentra por debajo de los datos encontrados en nuestro estudio. En un estudio realizado en el IMSS en el Hospital General de Zona 16 en Torreón, Coahuila, México, en pacientes mayores de 65 años, de uno y otro sexo, hospitalizados entre junio y diciembre de 2003. Se aplicaron las siguientes escalas: de Yesavage para depresión, de Katz y Lawton para dependencia, y

de Folstein, versión Lobo, para demencia se encontró demencia en 3.1 % y depresión global en 50.3 %. El grado de depresión más frecuente fue leve-moderada en 133 pacientes, de los cuales 74 (23.8 %) tuvieron entre 11 y 14 puntos en la escala de Yesavage y 59 (19.0 %), entre 15 y 19 puntos; 23 pacientes tuvieron 20 puntos o más. Tanto con la escala de Katz como con la de Lawton se observó alto porcentaje de dependencia, en nuestro estudio podemos observar una frecuencia mayor de pacientes con depresión representando un 80% con depresión global de los cuales el 60% presento depresión moderada y el 20% depresión severa.

## CONCLUSIONES

Podemos concluir que en el presente estudio se identificó el grupo del sexo femenino como mayoría representado por el 61% contra un 41% de hombres. Los grupos etarios se encuentran en el rango de edad de 60-64 años de edad con un 35%, seguido de los pacientes de 70-74 años con un 28%, y en menor frecuencia los pacientes de más de 90 años significando solo el 1%. El nivel de depresión identificado en los pacientes incluidos en el estudio podemos ver que el 61% presentó depresión moderada, el 20% depresión severa y el 18% se encontró normal. Las comorbilidades presentes fueron las más frecuentes, la hipertensión arterial en un 28.5%, seguido de la diabetes mellitus en un 23.4%, en menor frecuencia se identificaron las enfermedades neurológicas en un 2%. En relación con la escolaridad de los pacientes participantes podemos ver que el 55% solo cuentan con la primaria completa seguido de los pacientes con secundaria en un 19% y solo el 1% analfabeta. La ocupación de los pacientes es un 45% labores del hogar seguido del 33.6% de pensionados, sin ocupación 9%, operadores 3% y en menor frecuencia otras ocupaciones significando el 9.4%. En relación a la convivencia familiar y observando si el paciente vive solo o en compañía de un familiar podemos ver que el 84% vive con un familiar y el 16% vive solo. En la correlación de variables podemos observar que el nivel de depresión y la edad se identifica que los grupos etarios de 60-64, 65-69 y de 70-74 es donde hay mayor frecuencia de casos de depresión moderada y severa  $\chi^2 = .5$ . El nivel de depresión y la convivencia familiar se identifican mayor número de pacientes con datos de depresión moderada cuando viven con un familiar con un resultado de  $\chi^2 = .3$ . En relación con el nivel de depresión y las comorbilidades podemos observar que la mayor frecuencia de los casos se observan en

los pacientes con datos de diabetes mellitus e hipertensión arterial, el resultado de la prueba de  $\chi^2 = .8$

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Centro de Prensa[acceso08Abr2017]Disponible EN <http://www.who.int/media/centre/factsheets/fs381/es/>.
2. Mera F, Mestre D, Almeda J, Ferrer A, Formica F, Rojas FS. Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿somos conscientes de ello? Rev. Es Geriatra Garanto. 2011; 46:125---30.
3. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez RLM, Jaime AM. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Pública Mex. 2007;49 Supla 4:S459---66.
4. Martín I, Gorroñoigoitia A, Gomez J, Baztan J, Abizanda P. El anciano frágil, detección y tratamiento en atención primaria. Aten Primaria. 2010; 42:388---93.
5. González CA, Ham-Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Salud Pública Mex. 2007;49 Suppl 4: S448---58.
6. Cortés AR, Villarreal E, Galicia L, Martínez L, Vargas ER. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev Med Chile. 2011; 139:725--- 31.
7. Jürschik P, Escobar M, Nuin C, Botigué T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. Aten Primaria. 2011;43: 190---6.

8. Yáñez-Luis JA, Fernández-Guzmán MP, Rico-Jaime VM. Características clinimétricas en adultos mayores consultados en la especialidad de geriatría de la unidad de especialidades médicas. Rev Sanid Milit Mex. 2009; 63:156---77.
9. Becerra, R. G. C., Ríos, E. V., Rodríguez, L. G., Daza, E. R. V., & González, L. M. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. Atención Primaria.2015; 47(6), 329-335.
10. Klein A, De la ancianidad al adulto posmayor. Desacatos 2016 156-169. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13943562011>. Fecha de consulta: 27 de marzo de 2017.
- 11 Klein, A.Cambios en las peculiaridades sociales del adulto mayor y su impacto en el lazo social. Desde el Jardín de Freud.2015; (15), 177.
12. Estadísticas a propósito del día Internacional de las Personas de Edad. Datos nacionales.2011disponibleenlínea:<<http://www.inegi.org.mx/inegi/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>>. Consultado el 12 de mar de 2017.
13. Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. salud pública de México. 2013; 55(1), 74-80.

14. Wagner, F. A., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., & Gallo, J. J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*.2013; 35(1), 3-11.
15. Villada, P., Alonso, F., Vélez, A., Fernando, E., & Zuleta Baena, L. Ejercicio físico y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. *Revista colombiana de Psiquiatría*. 2013; 42(2), 198-211.
16. Rubiano, E. K., Frias, D. R., Abarca, I. O., Villanueva, M. V., Martínez, E. B., Villalba, M. C., & Coria, R. C. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. *Atención Primaria*.2015; 47(10), 616-625.
17. Durán-Badillo, T., Aguilar, R. M., Martínez, M. L., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., & Vázquez, L . Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería universitaria*. 2013; 10(2), 36-42.
18. Pérez Cruz, E., Lizárraga Sánchez, D. C., & Martínez Esteves, M. D. R. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. *Nutrición Hospitalaria*.2014; 29(4), 901-906.
19. Bastidas-Bilbao, H. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología (PUCP)*.2014 ;32(2), 191-218.

20. Mori, N., & Caballero, J. Historia natural de la depresión. *Revista peruana de epidemiología*.2010; 14(2), 1-5.
21. Normala, R., Azlini, C., Nurul, M. J., & Lukman, Z. M. The prevalence of depression and its risk factors among Malay elderly in residential care. *American Journal of Applied Sciences*.2014; 11(9), 1456.
22. Varela-Pinedo, L., Chávez-Jimeno, H., Tello-Rodríguez, T., Ortiz-Saavedra, P., Gálvez-Cano, M., Casas-Vásquez, P., & Aliaga-Díaz, E. Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*.2015; 32(4), 709-716.
23. SE, P. M., & EY, V. M. Depresión de inicio tardío en el adulto mayor hospitalizado en un hospital de segundo nivel. *Medicina Interna de México*. 2016; 32(4).
24. Arango, D. C., Cardona, A. S., Duque, M. G., Cardona, A. S., & Sierra, S. M. C. Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*.2016;19(1), 71-86.
25. Aakhus, E., Granlund, I., Odgaard-Jensen, J., Wensing, M., Oxman, A. D., & Flottorp, S. A. Tailored interventions to implement recommendations for elderly patients with depression in primary care: a study protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Trials*.2014;15(1), 16.

26. Torres, H. M. L., Sepúlveda, Y. L., & Vázquez, J. L. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor Psychosocial factors that have an impact on depression of the elderly. *Revista de Ciencias Médicas. LA HABANA*.2015; 21(1).
27. Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D., & Vizcarra-Escobar, D. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2016;33(2), 342-350.
28. Angulo, C. B. G., & Arias, A. C. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas psychologica*.2011;10(3), 735.
29. González-Forteza, C., Wagner Echeagaray, F. A., & Jiménez Tapia, A. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud mental* .2012; 35(1), 13-20.
30. Alfonso, J., Araceli, V., Gerardo, C., & Manuel, V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*.2007; 45(1), 21-28.
31. Rivera Navarro, J., Benito-León, J., & Pazzi Olazarán, K. A. La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. *América Latina hoy*.2015;71, 17.

32. Rosales Rodríguez, R. D. L. C., García Díaz, R. D. L. C., & Quiñones Macias, E. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. *Medisan*.2014; 18(1), 61-67.
33. Flores Villavicencio ME, Cervantes Cardona GA, González Pérez GJ, Vega López MG, Valle Barbosa MA. Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. *Rev Psicol IMED*. 2012
34. Sánchez Padilla, L. M., González Pérez, U., Alerm González, A., & Bacallao Gallestey, J. Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.2014;13(2), 337-349.
35. Chong Daniel, A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de medicina general integral*.2012; 28(2), 79-86.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

**“CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN EL**

Nombre del estudio:	“CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN EL
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad De Medicina Familiar No. 23, Díaz Ordaz Tamaulipas.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Debido a que la Depresión es una condición que afecta las funciones básicas de los adultos mayores es importante conocer las características de la misma así como también si existe evidencia de alteraciones derivadas de la depresión y las comorbilidades presentes
Procedimientos:	Escala de Yesavage.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ayudar a los investigadores y a la unidad de medicina familiar a brindar a identificar las áreas de oportunidad en los pacientes adultos mayores con depresión.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Una vez concluido el protocolo se publicará un cartel con información del trabajo en general
Participación o retiro:	Libertad del paciente de retirar o abandonar la encuesta cuando lo desee sin afectar su atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	No se identificará al paciente en presentaciones o publicaciones derivadas del estudio.

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 estudios 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 Responsable: Dra. Aracely Jiménez Villagrana. Matrícula: 99290708 Tel : (899) 8729828 email: arajmz@live.com

Colaboradores:

Dra. Sonia Elena Santoyo Treviño. Matrícula:10168354 Tel :899 9230343  
email: sonia.santoyo@imss.gob.mx

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)

**Dra. Aracely Jiménez Villagrana**

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

## **ANEXO 2**

### **ENCUESTA**

#### **CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

##### ***I. Ficha de Identificación:***

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_.

NSS: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Talla: \_\_ IMC: \_\_ Cama: \_\_\_\_ Ocupación. \_\_\_\_ Procedencia. \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Ingreso mensual bruto: \_\_\_\_\_ Fecha Dx: \_\_\_\_\_

##### ***II – Antecedentes Heredofamiliares: Si, No.***

Padre, madre, abuelos con antecedentes de HTA: \_\_ IAM\_\_ Cardiopatías en general: \_\_ Si la respuesta es sí defina quien: \_\_\_\_\_

***III–Antecedentes personales: Responder; Si, No.*** Diabetes Mellitus 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ Pie diabético \_\_\_\_\_ Retinopatía diabética \_\_\_\_\_ Hospitalizaciones previas \_\_\_\_\_ EVC \_\_\_\_\_ VIH \_\_\_\_\_ Obesidad \_\_\_\_\_ Enfermedades Tiroideas \_\_\_\_\_ Cirrosis Hepática \_\_\_\_\_ Tumores Malignos \_\_\_\_\_ Cardiopatía isquémica \_\_\_\_\_ HTA \_\_\_\_\_ Hepatopatía crónica \_\_\_\_\_ Insuficiencia cardiaca \_\_\_\_\_ Insuficiencia renal \_\_\_\_\_ crónica \_\_\_\_\_ IVU Crónica \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

##### ***V- Factores de riesgo asociados a la enfermedad. Responda Si o No***

Paciente sometido a stress \_\_\_\_\_ Consumo de drogas \_\_\_\_\_ Consumo de Aines \_\_\_\_\_

Hábito de Fumar \_\_\_\_\_ Cantidad diaria de cigarros \_\_\_\_\_ Dieta inadecuada \_\_\_\_\_

Consumo de alcohol \_\_\_\_\_ Dislipidemias \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí defina cuales: \_\_\_\_\_

***VI. Tratamiento farmacológico***(Numero de fármacos ) \_\_\_\_\_ Hipoglucemiantes : numero( ),Nombre: \_\_\_\_\_ Prescripción : \_\_\_\_\_ , Antihipertensivos: (Numero de fármacos ) \_\_\_\_\_ Hipoglucemiantes : numero ( ) , Nombre : \_\_\_\_\_ Prescripción : \_\_\_\_\_ AINES número( ),Nombre: \_\_\_\_\_ Prescripción : \_\_\_\_\_ ,Otros describa por favor (Numero de fármacos ) \_\_\_\_\_ : numero ( ) , Nombre : \_\_\_\_\_ Prescripción : \_\_\_\_\_

##### ***VII. Otros datos de Interés***

Apego al tratamiento. (Si) (No). Se automédica (si) (no), si la respuesta es sí describa los fármacos: \_\_\_\_\_

Llevaba control clínico y metabólico de sus enfermedades en el primer nivel de atención: (si) (no).

Acude con regularidad a las citas médicas en el primer nivel de atención (si) (no)

##### ***Nombre y Firma de quien recolecto los datos***

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gracias por su tiempo, le aseguramos que la información por usted brindada se maneja bajo la más absoluta confidencialidad y sigilo. Prueba realizada de manera piloto supervisada y validada por médicos expertos en Medicina Familiar. Encuesta que aporta información sobre condiciones biopsicosociales y educativos de la gestante hacia el control prenatal. Se realizan preguntas con opción múltiple y dicotómica para lograr un mejor control.

**ANEXO 3****Tabla 1\_**

<b>1. Escala de Yesavage</b>	
<b>1. Cuestionario</b>	
<i>Escala de depresión geriátrica de Yesavage</i>	
<b>Pregunta a realizar</b>	<b>Respuesta</b>
<i>¿Está básicamente satisfecho con su vida?</i>	NO
<i>¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?</i>	SI
<i>¿Siente que su vida está vacía?</i>	SI
<i>¿Se encuentra a menudo aburrido?</i>	SI
<i>¿Tiene esperanza en el futuro?</i>	NO
<i>¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?</i>	SI
<i>¿Tiene a menudo buen ánimo?</i>	NO
<i>¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?</i>	SI
<i>¿Se siente feliz muchas veces?</i>	NO
<i>¿Se siente a menudo abandonado?</i>	SI
<i>¿Está a menudo intranquilo e inquieto?</i>	SI
<i>¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?</i>	SI
<i>¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?</i>	SI
<i>¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?</i>	SI
<i>¿Piensa que es maravilloso vivir?</i>	NO
<i>¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?</i>	SI

<i>¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?</i>	SI
<i>¿Está muy preocupado por el pasado?</i>	SI
<i>¿Encuentra la vida muy estimulante?</i>	NO
<i>¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?</i>	SI
<i>¿Se siente lleno de energía?</i>	NO
<i>¿Siente que su situación es desesperada?</i>	SI
<i>¿Cree que mucha gente está mejor que usted?</i>	SI
<i>¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?</i>	SI
<i>¿Frecuentemente siente ganas de llorar?</i>	SI
<i>¿Tiene problemas para concentrarse?</i>	SI
<i>¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?</i>	NO
<i>¿Prefiere evitar reuniones sociales?</i>	SI
<i>¿Es fácil para usted tomar decisiones?</i>	NO
<i>¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?</i>	NO

2.

3. *Valoración global*

**Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:**

**0-10: Normal.**

**11-14: Depresión moderada (sensibilidad 84%; especificidad 95%).**

**>14: Depresión severa (sensibilidad 80%; especificidad 100%).**