



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
"EL ROSARIO"



**FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSION ARTERIAL DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NUM. 33**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CLARA GARCIA REZA
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

ASESOR:

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UMF 33 EL ROSARIO



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.

ASESORA DE TESIS

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UMF 33 EL ROSARIO

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No 33 “EL ROSARIO”

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”

AUTORA DE TESIS

DRA. CLARA GARCIA REZA

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No.33

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme terminar esta nueva etapa en mi vida.

A mi MAMA María del Socorro por su cariño, paciencia en los momentos de ausencia y aún más en los momentos difíciles. Gracias

*A mi PAPA, guía, amigo y sobre todo como un ejemplo de que si se puede...
Te amo papi...*

A mis queridos hermanos: Jorge, Antonio, Isabel, Froylan y su familia por estar siempre conmigo.

*A mis grandes amigas (os) de especialidad por su apoyo en estos 3 años (10);
Metepec gracias por mis amigas.*

Un agradecimiento especial a la Dra. Mónica Sánchez Corona por su paciencia y apoyo incondicional para la elaboración de este trabajo... gracias.

Érica Isabel..... Gracias

INDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
MATERIAL Y MÉTODOS	16
RESULTADOS	17
TABLAS Y GRÁFICAS	18
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS	33

RESUMEN

Frecuencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar núm. 33

Dra. Clara García Reza¹, Dra. Mónica Sánchez Corona²

Introducción: La depresión es un padecimiento que se presenta con frecuencia en pacientes adultos mayores, sin embargo es poco valorable en la población mexicana que presenta Hipertensión arterial. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de depresión en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar no. 33. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, prolectivo, observacional en 335 adultos mayores con hipertensión arterial, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó cuestionario expofeso que incluye variables sociodemográficas y Escala de depresión Geriátrica de Yesavage (15 ítems) para valorar la presencia de depresión. **Resultados.** El 65.07% de la población presento depresión, más género femenino con 37.01%. Un 22.39% en la población obrera, seguida de la ocupación hogar con un 22.09%, se observó 47.46% para escolaridad primaria como grado de escolaridad predominante en pacientes con depresión, en cuanto al estado civil se observa como predominante con un 34.03 % a la población casada. **Conclusiones:** En México no existen muchos estudios que puedan valorar la presencia de depresión en la población mayor de 60 años con diagnóstico de hipertensión; en el presente estudio se determina la presencia de depresión, se propone utilizar cotidianamente la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Palabras clave: Adulto mayor, depresión, escala de Yesavage.

¹ Med.Resid.3°Med.Fam, ²Med.Fam.UMF33

INTRODUCCIÓN

Hablar de los adultos mayores resulta interesante puesto que todos esperamos llegar a esta edad, si la vida y nuestras acciones nos lo permiten. Definir a que edad se inicia la etapa de adulto mayor resulta difícil. Tomando en cuenta la esperanza de vida de una población, la Organización Mundial de la Salud, en el acuerdo de Kiev de 1979, considero que los individuos que viven en países desarrollados inician la etapa de adulto mayor a partir de los 65 años de edad; para los países en vías de desarrollo como México, la esperanza de vida es menor, se considera a partir de los 60 años de edad. **(1)**

Actualmente se está produciendo un fenómeno poblacional a nivel mundial, tanto de crecimiento como de envejecimiento que se argumenta por: crecimiento absoluto de la población de la tercera edad y la disminución de los nacimientos con respecto a las defunciones (tasa de crecimiento negativo), lo que da una inversión de la pirámide poblacional. Entre 1950 y 1980 el porcentaje de adultos mayores con respecto a la población total se mantuvo alrededor de 8%, mientras que en 2000 ascendió a 10%. Bajo las tendencias previstas del envejecimiento demográfico mundial, se estima que en 2030 este porcentaje ascienda a 16.6, y en 2050 a 21.4.**(4)** Mientras que en el año 2000 una de cada diez personas en el mundo era un adulto mayor, a mitad de siglo será una de cada cinco. Los cambios en la mortalidad de la población mundial se reflejan en una mayor sobrevivencia, la cual aumentará considerablemente en la primera mitad de este siglo, al pasar de alrededor de 65 en 2000-2005 a 74 años en 2045-2050. **(2,3)**

En México la vejez dejó de ser la experiencia de unos cuantos para convertirse en la cotidianidad de millones. Hoy la población mayor de 65 años asciende a poco más de cinco millones de personas. En 2050 los adultos mayores serán 32 millones y representarán 24.6% de la población. A diferencia de lo que ocurre con otros grupos de edad, la población de 65 años de edad y más está creciendo a una tasa anual de 2% y, de manera sorprendente, el ritmo de crecimiento de los mayores de 85 años se ubica entre 3 y 5%**(5)**

Los niveles de población anciana que tiene el IMSS actualmente en el grupo de 60-79 años (9.96%) los alcanzará la población general solo hasta 15 o 20 años más tarde. Los adultos de 80 años y mayores en el 2002 representaban el 2.77% de la población adscrita al médico familiar del IMSS, siendo este grupo el que presente el mayor aumento al incrementarse 26% solo en 10 años. Como consecuencia de este cambio socio-demográfico, las necesidades de atención a la salud de los derechohabientes de edad avanzada sufrirán un crecimiento progresivo, adquirirán una mayor complejidad y responderán a una mayor variabilidad individual, familiar y socio comunitario. **(6)**

El envejecimiento humano, abarca toda la línea de la vida, desde el inicio de esta con el nacimiento hasta el cierre de la misma, con la muerte. **(7)**

Este proceso biológico, se caracteriza, por la reducción progresiva de las reservas homeostáticas de cada sistema orgánico, es un proceso dinámico en el que intervienen factores genéticos, ambientales y/o personales. En ausencia de

enfermedad, la decadencia de las reservas homeostáticas no debe ocasionar síntomas o imponer restricciones a las actividades de la vida cotidiana. El deterioro de los mecanismos compensatorios en los ancianos provoca que estos manifiesten una enfermedad de manera temprana. Se estima que este proceso inicia a los 30 años, con una pérdida funcional del 1 % anual. **(8)**

El organismo durante el envejecimiento sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, caracterizadas por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional. El organismo se adapta de manera gradual y progresiva a los cambios fisiológicos proporcionándole al adulto mayor, funcionalidad y posibilidad de rendimiento. No existe una forma única de envejecer. El proceso de envejecer biológica y psicológicamente es inherente a cada persona. **(9)**

El envejecimiento normal implica un conjunto de modificaciones biológicas, psicológicas y sociales que los médicos de familia deben conocer para realizar una mejor atención de salud en este grupo, el cual representa un porcentaje alto en la sociedad. **(10)**

La transición que experimenta México en materia de salud se caracteriza por dos desafíos: el rezago en salud y los riesgos emergentes. **(11)**

El rezago en salud que afecta a los pobres está caracterizado por enfermedades infecciosas, de la nutrición y reproducción, constituyéndose en una carga inaceptable para un país como el nuestro. En este rubro, la falta de esquemas preventivos en las etapas previas al envejecimiento, los ubica como personas con riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas cuando son adultos mayores. México se encuentra en una fase de rápido cambio en los perfiles de salud. La característica general de este proceso consiste en la disminución de los padecimientos propios del subdesarrollo y del incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados. Esto es ocasionado, entre otros, por el rápido crecimiento de los núcleos urbanos, mayores niveles educativos, saneamiento básico, mejor control de las enfermedades infecciosas, cambios en las condiciones y estilos de vida de a medida que el número de adultos mayores aumente, se incrementarán también los problemas con gran impacto en nuestra estructura social y ambiente económico, como es la frecuencia de las enfermedades crónicas degenerativas, entre las cuales, las más importantes son: la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y el cáncer; además de tres problemas en la esfera de salud mental que son prioritarios: la depresión, demencias y los relacionados con el exceso de ingesta de alcohol y uso de medicamentos. **(11)**

Con el avance de la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud aumentan. La depresión es uno de ellos y además constituye uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociados a una alta mortalidad. **(12)**

La depresión es una enfermedad crónica o recurrente que tiene importantes consecuencias negativas tanto por su elevada prevalencia como por sus efectos dañinos para la salud. Esta enfermedad es probablemente la principal causa de sufrimiento del anciano y de la considerable disminución de la calidad de vida. La sociedad americana de Psiquiatría describe la depresión como “una enfermedad

mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades “. En contraste con la tristeza normal, la depresión mayor tiene un impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo. **(12)**

El diagnóstico de depresión es básicamente clínico. Los criterios propuestos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastorno Mentales en su cuarta versión revisada DSMIV, actualmente son considerados como el estándar ideal para el diagnóstico de depresión mayor. **(12)**

La depresión en ancianos es considerada como un problema de gran magnitud para la salud pública. La prevalencia de depresión es variable y se sitúa alrededor del 10 al 15 % a nivel mundial en la población adulta, con una prevalencia puntual del 10 %, en este aspecto la prevalencia de depresión varía según el instrumento diagnóstico utilizado (entrevista o instrumentos de tamiz) o el grupo poblacional estudiado (individuos de la comunidad, institucionalizados u hospitalizados). Existen varias pruebas de escrutinio o tamizaje; entre las más utilizadas en la población mayor de 65 años se encuentra la escala de Yesavage, traducida al castellano y validada su versión está integrada por 30 ítems, tiene una sensibilidad de 84 a 86 % y especificidad de 95-100 %. **(13, 14, 15,16)**

Las escalas de evaluación como el inventario de depresión de Hamilton es la escala más utilizada para estimar la severidad y establecer el pronóstico de la depresión. La escala de Zung se utiliza fundamentalmente en la investigación geriátrica. Ambas presentan como inconveniente el resaltar demasiado los síntomas somáticos. La escala de Cornell de depresión en demencia valora el humor, las alteraciones de conducta, los signos físicos, las funciones cíclicas y la alteración de las ideas. La escala de depresión y ansiedad de Goldberg, breve, sencilla y de fácil manejo, se desarrolló en 1988 con la finalidad de lograr una entrevista de cribaje de los trastornos psicopatológicos más frecuentes, la ansiedad y la depresión **(17)**

La escala de depresión de Yesavage, como se menciona anteriormente es la mas utilizada y Fue diseñada por Brink y Yesavage en 1982 (J PsiquiatrRes 1982; 17: 37-49) específicamente para el anciano. Compuesta en principio de 30 ítems, de los que ninguno es de tipo somático, sus respuestas son dicotómicas. Puede aplicarse entre cinco y siete minutos. Para puntuaciones de 5 o superiores, presenta una sensibilidad del 85,3% y una especificidad del 85% **(9)**. La versión reducida, que incluye 15 preguntas, es la escala recomendada por la British Geriatrics Society para evaluar la depresión en los ancianos. Evita los síntomas somáticos, focalizando la atención en la semiología depresiva y calidad de vida. Para la interpretación de esta escala, el punto de corte se sitúa en 5/6; una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 y 9 puntos indica depresión probable, y una puntuación igual o superior a 10, depresión establecida. **(17)**

En el adulto mayor la depresión puede confundirse con enfermedades como hipotiroidismo y deficiencia vitamínica (ac.fólico y vitamina B12). Hay enfermedades que se asocian con depresión como hipotiroidismo (50%), infarto del miocardio (45 %), diabetes (8-28). Alzheimer (60 %) y enfermedad vascular cerebral (26-50 %). La Organización Mundial de la Salud informa que la depresión

ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo **(18)**. Es dos veces más frecuente en la mujer en comparación con el hombre **(14)**

Hipertensión arterial y depresión

La prevalencia global de depresión en el paciente con patología médica se ha estimado en alrededor del 20%, con un 3-7 % en la comunidad y entre el 18 y el 60 % en pacientes graves hospitalizados por enfermedad cardiovascular, en función de los distintos estudios. La variabilidad de estas estimaciones puede ser debida al hecho de que síntomas como fatiga y humor disfórico, que con frecuencia son considerados como sinónimos de depresión, están también presentes en pacientes con enfermedades médicas **(19)**.

Dentro de las enfermedades o causas cardiovasculares se puede mencionar a la hipertensión arterial, que generalmente es una patología crónica caracterizada por una persistente presión arterial alta con valores de tensión arterial sistólica mayores a 140 mm Hg y tensión arterial diastólica mayores a 90 mm Hg **(20)**. La hipertensión arterial puede ser un síntoma de un desorden subyacente o comenzar siendo una enfermedad por sí misma. Los Estudios epidemiológicos sostienen que afecta del 10 al 15% de la población, aumentando el riesgo de padecerla con el aumento de la edad **(21)**

Desde el año 1898 datan estudios en donde ya se había observado la asociación entre depresión e hipertensión (Craig 1898) **(22)**, reportando que la hipertensión arterial (HTA) aumentaba durante los episodios de depresión y retornaba a sus valores con la remisión de los síntomas depresivos. Estos hallazgos fueron investigados en estudios posteriores (Bruce & Alexander, 1901; Alexander, 1902; Guirldham, 1950; Altschule, 1950) **(22)**.

La asociación entre el estado emocional y la HTA es pobremente entendido, aunque sí está bien determinado que un aumento de la presión arterial es un responsable fisiológico para un distres emocional agudo. Numerosos estudios han examinado que los disturbios emocionales pueden conducir a un incremento de la Tensión Arterial, entre ellos se destacan la ira, la ansiedad, el estrés y el tipo de personalidad (Wheatley, Balter, & Levine, 1975; Hamburg et al. 1973; Cochrane, 1973; Davies, 1971; Robinson & Wood, 1968), pero sin embargo la depresión no ha sido foco de estudio, salvo como un efecto adverso de las drogas antihipertensivas. Si bien la HTA ha sido asociada con distintos factores psicológicos, incluyendo a la depresión, la incidencia entre HTA y síntomas depresivos no ha sido adecuadamente examinada. **(23)** (Cardia, 2000). Otros estudios que muestran la asociación de depresión con HTA relatan que han sido reportados un rango de síntomas depresivos que van del 15 al 62%**(24)**.

La depresión es más prevalente en sujetos con HTA y los pacientes con enfermedad cardiovascular pueden presentar síntomas depresivos, por lo que se ha apreciado que un gran porcentaje de pacientes adultos que tienen depresión también presentaban una enfermedad vascular **(25)** (Alexopoulos 1997).

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Determinar si un anciano está deprimido muchas veces es un reto y la Escala de Depresión Geriátrica es un instrumento centrado en los aspectos afectivos de esta enfermedad y ha sido específicamente desarrollada para ser ampliamente utilizada en el anciano. **(26)**

Pando y cols. reportan un 36,2% de la población con depresión, 43,1% en mujeres y 27,3% en los hombres. Las tasas más altas se presentaron en los desempleados (54,3%) y quienes se dedican al hogar (41,4%); en cuanto al estado civil, los mayores porcentajes fueron para los viudos (50,5%) y los solteros (42,8%). Respecto a la edad, todos los grupos obtuvieron tasas superiores a la general de 36,2% excepto el primer quinquenio, que comprendió de los 65 a 69 años, con un 25,6%.

El sexo, la ocupación y el estado civil resultaron factores fuertemente asociados a la depresión. Contrario a lo ocurrido con la edad, que fue analizada agrupada por quinquenios y no obtuvo valores de asociación significativa.

El desempleo y el trabajo en el hogar pueden ser identificados como factores de riesgo frente a los sujetos con trabajo asalariado con valores de OR = 4,21 y OR = 2,50 respectivamente. En lo referente al estado civil, la viudez (OR = 3,16) aparece como riesgo frente a los casados y el rango de 80-84 años (OR= 2,90) hace lo propio frente a quienes apenas ingresaron a la tercera edad (65-69 años). **(27)**

Rodríguez y cols. realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal de 50 ancianos atendidos en la consulta de Psiquiatría del Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, desde diciembre del 2006 hasta igual mes del 2007, para identificar algunos aspectos clinicoepidemiológicos de la depresión en estos pacientes. Se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (abreviada) y según el resultado se clasificó en: Normal: de 0 a 5 puntos, Leve: de 6 a 10 puntos, Severa: de 11 a 15 puntos

En la casuística hubo predominio del sexo femenino (34 pacientes para 68 %) y de los grupos etarios de 60-65 y de 66-69 años, dado por 44 y 32 %, respectivamente. El mayor número de pacientes tenía depresión severa con 37 casos (74 %), lo cual evidenció riesgo suicida en 70 % de ellos. Según la escala de depresión geriátrica, 55,8 % presentó cuadro depresivo severo debido a causas sociales como pérdida de vivencias, la soledad, así como a dificultades materiales y económicas. **(28)**

Pacheco E. en sus tesis titulada Frecuencia del Síndrome depresivo en el adulto mayor en la clínica de consulta externa ISSSEMYM Chalco, realizó un total de 161 encuestas aplicando la escala de depresión geriátrica de 15 ítem, en donde se observa con edad de 65-69 años 95 pacientes, con 70-74 años de edad 22 paciente, 75-79 años de edad 16 pacientes y de 80 y más 28 pacientes. En cuanto al sexo, 55.9% (90 pacientes) corresponde al sexo femenino y el 44.9% (71 pacientes) al sexo masculino. Con un total de 90 pacientes del sexo femenino se observa que un 73.3 % se encuentra sin depresión, el 15.5% presenta depresión

leve, y el 11.5% depresión severa. En pacientes del sexo masculino: sin depresión 87.3%, con depresión leve un 9.8% y con depresión severa 2.8 %. **(29)**

De acuerdo a la tesis titulada, frecuencia del síndrome depresivo en el adulto mayor usuario de la UMF No. 33 El Rosario, realizado en el año 2001 se documentó que son pocos los pacientes de la tercera edad que se encuentran sin depresión predominando la depresión leve, en general el grupo de edad que presentó con mayor frecuencia depresión fue el de 65 a 69 años de edad, los casados y los viudos, paciente que presentaban enfermedades crónicas degenerativas como diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, predominando el sexo femenino, por escolaridad los que cursaron solo primaria y en lo relacionado a las actividades laborales los jubilados y los dedicados a los quehaceres domésticos quienes presentaron con mayor frecuencia depresión. **(30)**

Por su parte Martínez Mendoza y cols, en su estudio determinan, el promedio de edad de los 310 participantes fue de 72 años y predominó el sexo femenino (58 %); 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. En el análisis bivariado, los factores más relacionados con depresión fueron pertenecer al sexo femenino, dependencia para realizar las actividades diarias (determinada mediante escala de Katz), estar hospitalizado en el departamento de medicina interna; vivir solo o con personas no cercanas a la familia y padecer enfermedades. **(31)**

Los 110 pacientes evaluados tenían una edad promedio de 77 años (rango: 60-92), 74% era de sexo femenino. El 39% era casado, 45% eran viudos, y 17% vivían solos. Respecto al nivel educacional, el 26% tiene <6º básico, 22% tiene 4º medio, y 28% tiene educación superior. La mediana de nivel educacional fue de 6 años. Los 110 pacientes provinieron de 27 comunas diferentes del área metropolitana, y 5% venía de provincias. En promedio tomaban 3,2 (DE 2,1) medicamentos, y el 63% relataba ser totalmente independiente en el manejo y toma de estos.

Un 58,2% de los participantes respondió "sí" a la pregunta única "¿se siente usted frecuentemente triste o deprimido?". El puntaje promedio en la Escala de Depresión Geriátrica (15- GDS) fue de 5,35 (DE 4,2). Cuarenta y siete por ciento (n=52) de los pacientes resultó positivo para depresión, usando el punto de corte estándar (<5=no depresión; 5=depresión). **(32)**

Santillana Hernández y cols. Realizaron un estudio descriptivo en la unidad de Medicina Familiar Núm. 44 del Instituto Mexicano del Seguro Social para identificar a través del tamizaje con escala de depresión geriátrica el porcentaje de adultos mayores con síntomas de depresión. Se incluyeron 329 pacientes elegidos en forma aleatoria y sin patología auditiva, verbal o secuelas neurológicas. En 42 por ciento de las mujeres encontraron síntomas de depresión leve y en 15 por ciento depresión moderada o severa; mientras que en los hombres los síntomas de

depresión leve estuvieron presentes en 30 por ciento y los de depresión moderada en 7 por ciento. El porcentaje de pacientes con síntomas depresivos fue alto en la población estudiada. **(33)**

La Escala de Depresión Geriátrica reúne los elementos del instrumento ideal: es auto administrado, fácil de contestar y fue creado para la población de adultos mayores. **(26)**.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de las 10 enfermedades que producen más discapacidad en el mundo se incluyen varios padecimientos neuro psiquiátricos, el más importantes es la depresión. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2005 (ENEP 2005) indican que 8.8 % de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8 % lo presento en el año previo a la encuesta. La proporción de demanda por estos padecimientos baja, según la ENEP 2005, una de cada cuatro personas con depresión recibe ayuda; una de cada 10 es atendida por un médico, una de cada 20 es atendida por un psiquiatra, y solo uno de cada tres pacientes a los que se les prescribe tratamiento toma el medicamento prescrito. Sin embargo la depresión puede prevenirse. La depresión es un problema de salud pública en las edades extremas de la vida (vejez, adultos mayores), siendo en esta etapa una cusa la presencia de enfermedades crónicas degenerativas.

Tomando en cuenta los antecedentes, en donde se refleja la depresión como un problema de salud pública en las edades extremas de la vida (vejez, adultos mayores). En el presente se pretende identificar la frecuencia de depresión en pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de hipertensión con la finalidad de establecer un diagnóstico oportuno de depresión o cuadro depresivo que al ser tratado adecuadamente puede llevar al paciente al apego terapéutico y control de su enfermedad ya que existe una deficiencia en el diagnóstico oportuno de un cuadro depresivo que se complica cuando la población no identifica la sintomatología. Esto lleva a la pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 33?

MATERIAL Y METODOS

El estudio se llevó a cabo en la UMF 33 del IMSS, de primer nivel de atención. La clínica se encuentra en la Delegación Azcapotzalco, en el servicio de consulta externa, con el objetivo de identificar la frecuencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial derechohabientes de la unidad de medicina familiar Núm. 33.

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional, prolectivo, por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia, calculando un tamaño de muestra de 335 adultos mayores con hipertensión arterial, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. En el estudio participaron adultos mayores que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: hipertensión arterial sin importar el tiempo de evolución, bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo, de cualquier género, que sepan leer y escribir y que aceptaron participar en el estudio.

Previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario diseñado ex profeso de 20 preguntas, los 5 primeros ítems para obtención de datos sociodemográficos y los siguientes 15 ítems fueron los propios del instrumento de medición Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. No se eliminaron cuestionarios ya que no se presentó ningún caso incompleto.

Los resultados se concentraron en una base de datos diseñada en el Programa Excel, y se aplicó estadística descriptiva para su análisis.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación en salud a nivel internacional, nacional e institucional.

RESULTADOS

De los 335 pacientes estudiados se encontró que los adultos mayores con hipertensión arterial en relación al género el 55.82% (n= 187) fueron femeninos y el 44.18% (N=148) fueron masculinos (Cuadro 1 y gráfica. 1); una edad mínima de 60 años, una máxima de 79.

De acuerdo a grupo de edad: 60-64 años 40.30% (n=135), 65-69 años 27.76% (n=93), 70-74 años 18.51% (n=62), 75-79 años 13.43 % (n=45) (Cuadro 1 y grafica 2)

En cuanto a la ocupación, predomina el correspondiente al obrero 34.93%(n=117), hogar 31.04 % (n=104), comerciante 7.76% (n=26), jubilado 16.42% (n=55), otros 9.85% (n=33).(Cuadro 1 y Grafica 3),

La escolaridad de los pacientes corresponde a 72.84 % para primaria (n=244), secundaria 20.30 % (n=68), preparatoria 1.49%(n=5), licenciatura 5.37% (n=18) (Cuadro 1 y grafica 4)

En cuanto al estado civil los casados correspondieron al 53.43% (n=114), soltero 14.93% (n=50), divorciado 14.63% (n=49), viudo 13.13 % (n=44) y unión libre 3.88% (n=13). (Cuadro 1 y grafica 5)

Aplicando la escala de depresión geriátrica en su versión de 15 items, el 37.01% de pacientes del género femenino (N=124), presento depresión, 28.06% (n=94) corresponde al género masculino; el 18.21% (n=61) correspondiente al género femenino no presento depresión y el 16.72 (n=56) correspondiente al género masculino no presento depresión. (Cuadro 2 y Grafica 6 y 7)

De acuerdo al grupo de edad se presentó depresión de la siguiente manera, de 60-64 años el 26.87% (n=90) y 13.43 % (n=45) sin depresión, del grupo de 65-69 el 20.3% (n=68) presento depresión y el 7.46% (n=25) no presento depresión, de 70-74 años el 18.51 % (n=62) presento depresión, el 6.57% (n=22) no presento depresión, el último grupo registrado de 75-79 años presento depresión en un 13.43 % (n=45) y el 7.46 (n=25) no presento depresión. (Cuadro 2 y Grafica 8)

Del total de la población estudiada se obtuvo el 34.93% para pacientes sin depresión (n=117) y el 65.07% (n=218) para pacientes con depresión. (Tabla 2 y Grafica 9)

De acuerdo a la ocupación y depresión, se encontró depresión en la población obrera con un 22.39% (n=75) seguida de la ocupación hogar con un 22.09% (N=74), en la relación escolaridad y depresión se observó 47.46% (n=159) para escolaridad primaria como grado de escolaridad predominante en pacientes con depresión, en cuanto al estado civil se observa como predominante con un 34.03 % (n=114) a la población casada.(cuadro 2)

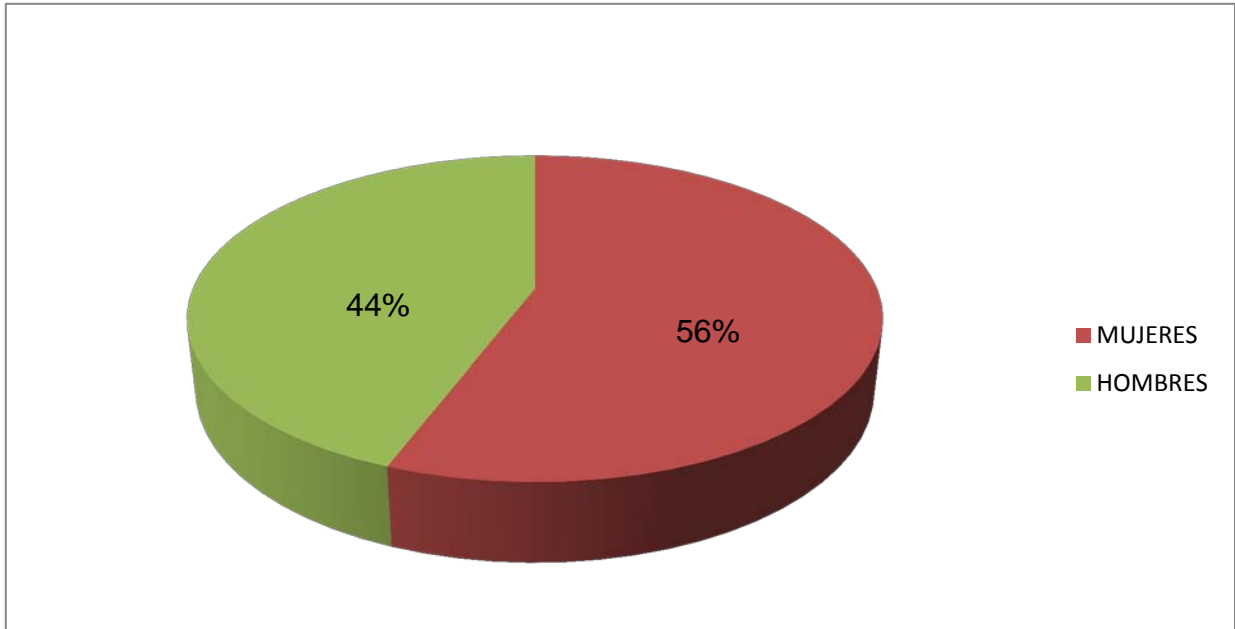
TABLAS Y GRÁFICAS

Cuadro 1. PERFIL SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

VARIABLE DEL ESTUDIO	<i>n</i>	%
EDAD		
60-64	135	40.30
65-69	93	27.76
70-74	62	18.51
75-79	45	13.43
80 y +	0	0.00
GENERO		
FEMENINO	187	55.82
MASCULINO	148	44.18
OCUPACION		
COMERCIANTE	26	7.76
HOGAR	104	31.04
JUBILADO	55	16.42
OBRERO	117	34.93
OTROS	33	9.85
ESCOLARIDAD		
PRIMARIA	244	72.84
SECUNDARIA	68	20.30
PREPARATORIA	5	1.49
LICENCIATURA	18	5.37
ESTADO CIVIL		
SOLTERO	50	14.93
CASADO	179	53.43
VIUDO	44	13.13
DIVORCIADO	49	14.63
UNION LIBRE	13	3.88

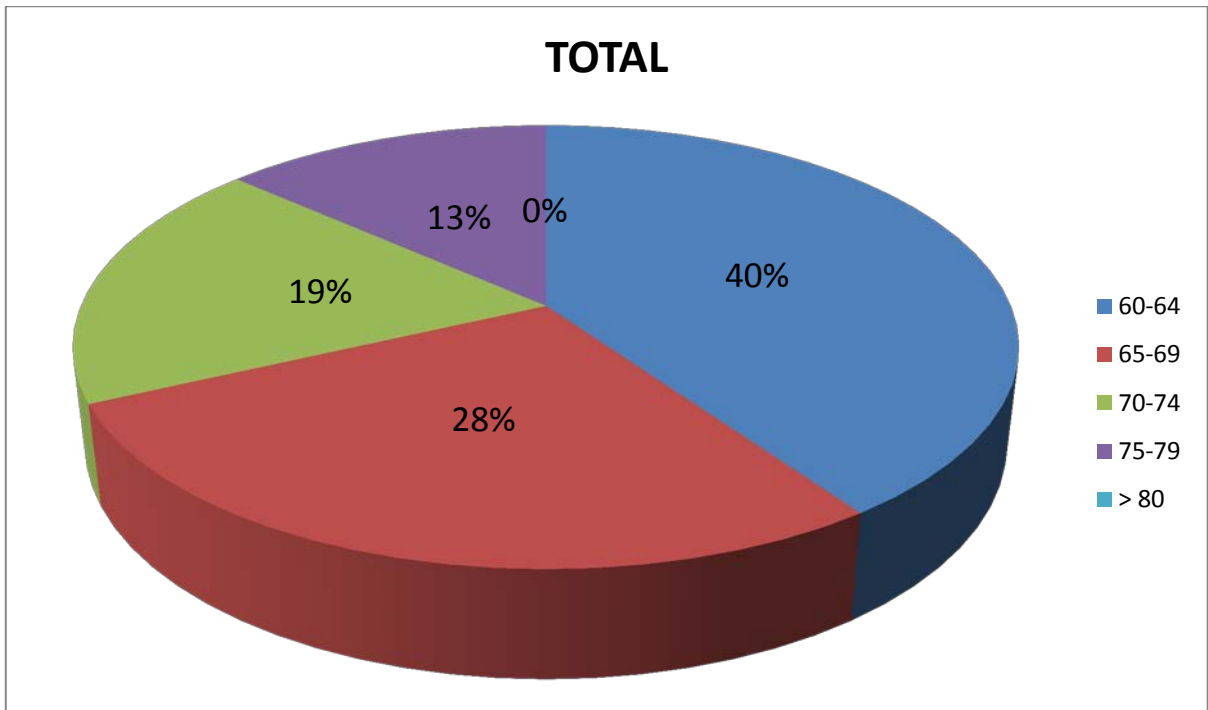
Fuente: Cuestionario de FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 33

Gráfica 1. DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO AL GÉNERO



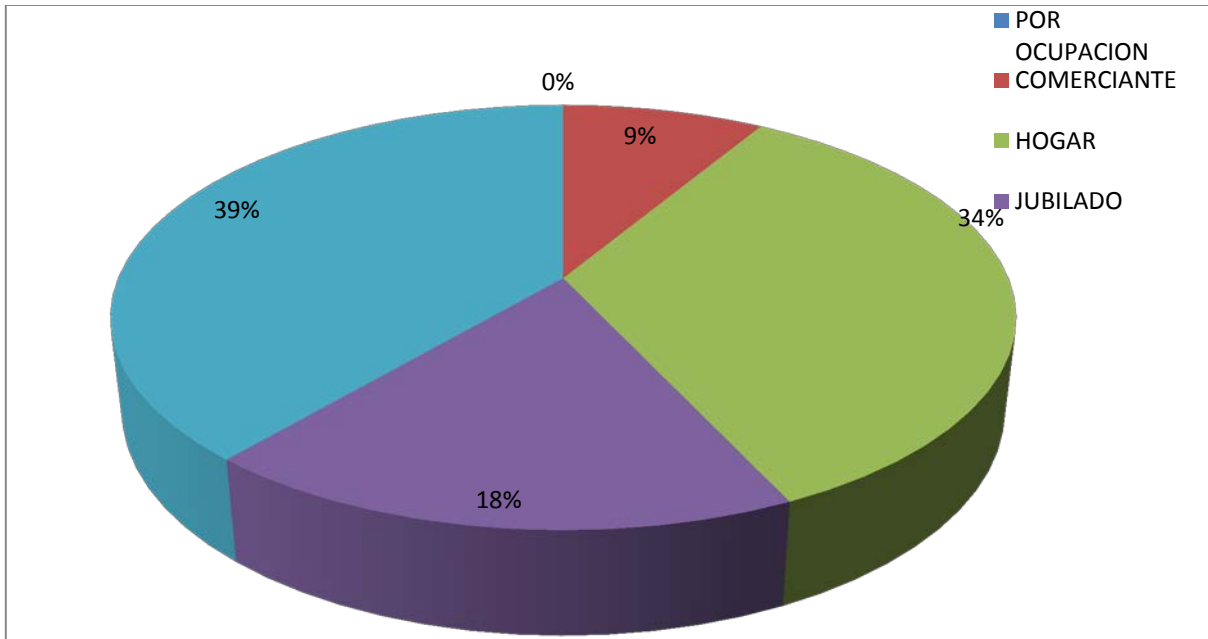
Fuente: Cuestionario de FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 33

Gráfica 2. DISTRIBUCION DE PARTICIPANTES POR GRUPO DE EDAD



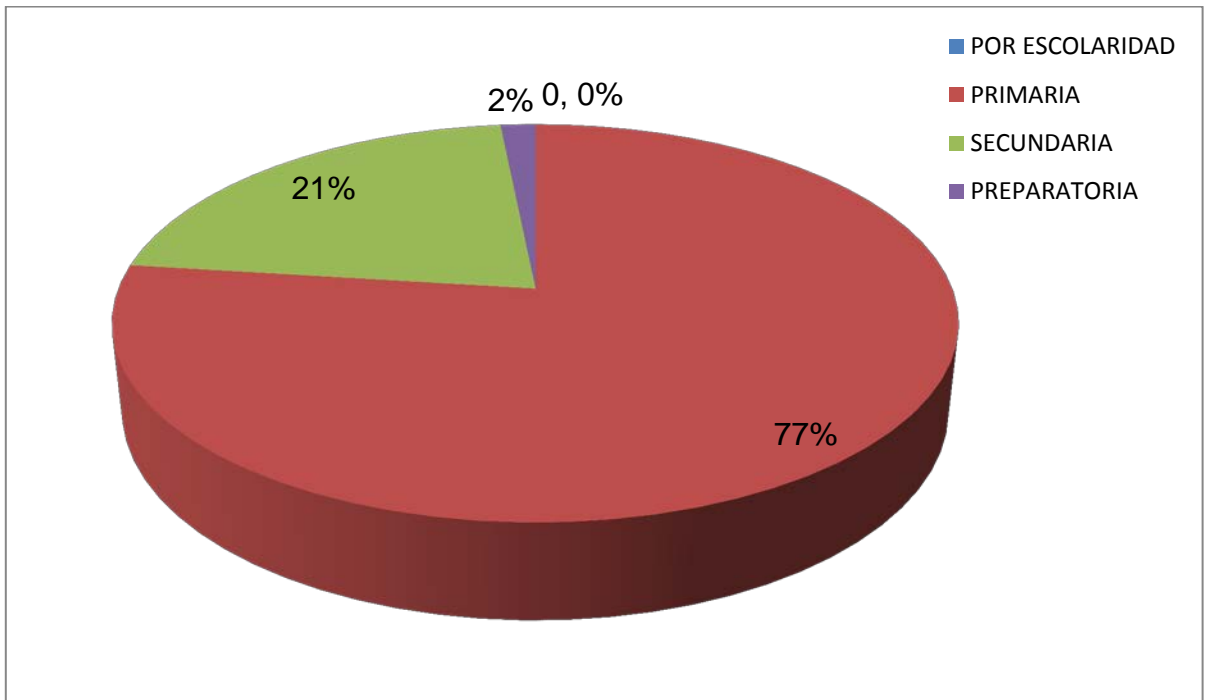
Fuente: Cuestionario de FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 33

Gráfica 3. DISTRIBUCION DE PARTICIPANTES POR OCUPACION



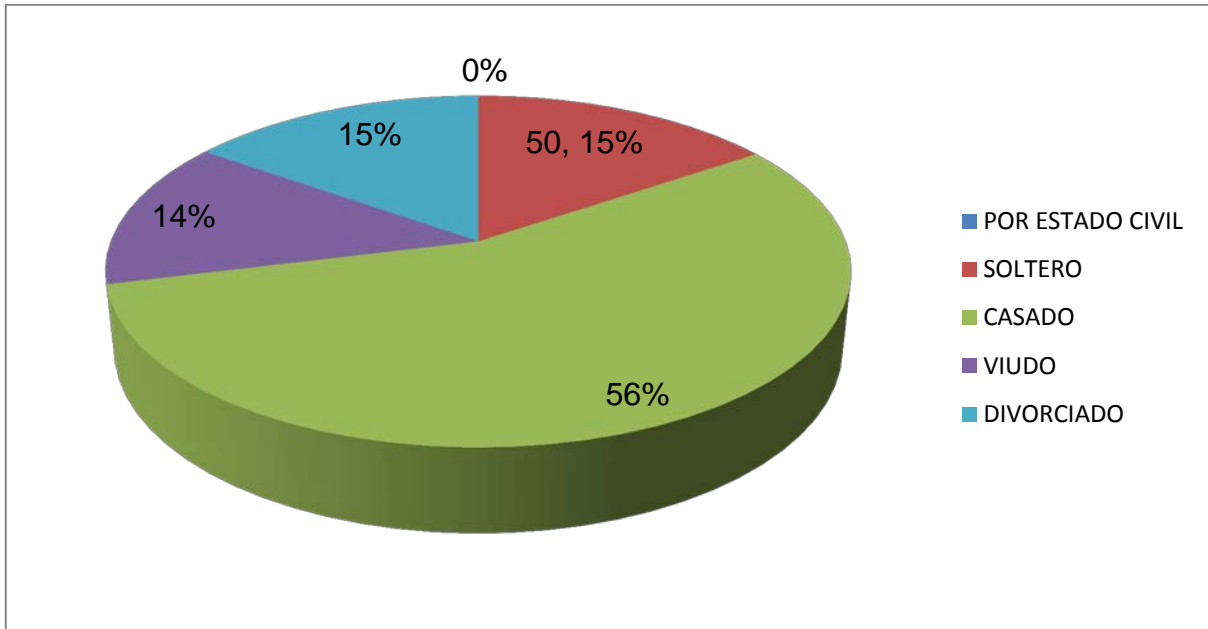
Fuente: Cuestionario de FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 33

Gráfica 4. DISTRIBUCION DE PARTICIPANTES POR ESCOLARIDAD



Fuente: Cuestionario de FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA

Gráfica 5. DISTRIBUCION DE PARTICIPANTES POR ESTADO CIVIL



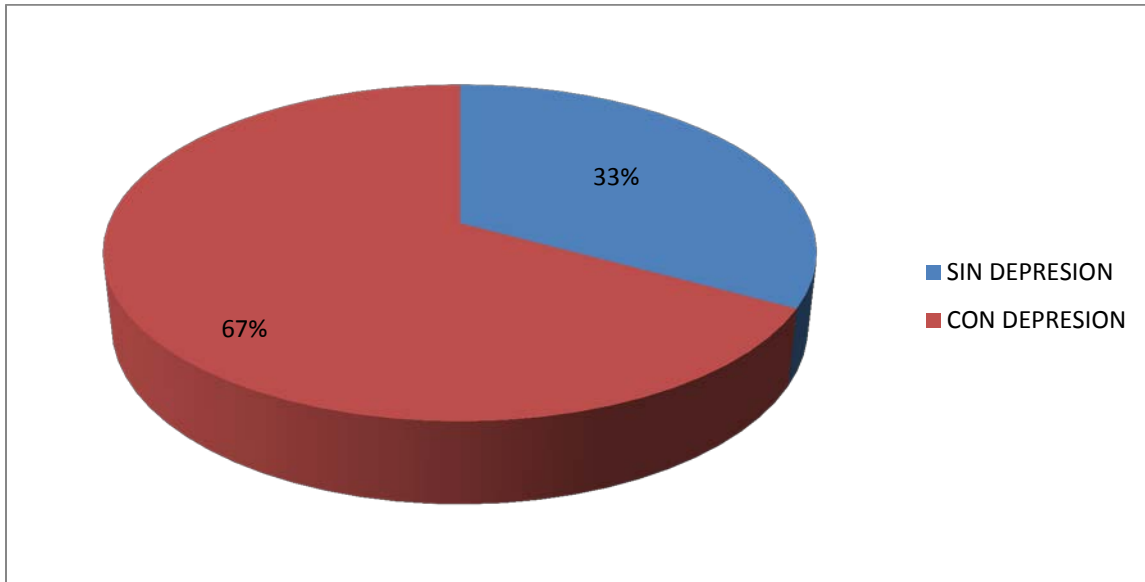
Fuente: Cuestionario de FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 33

Cuadro 2
RELACION DE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES CON Y SIN DEPRESION

VARIABLE DEL ESTUDIO	DEPRESION		SIN DEPRESION	
	n	%	n	%
EDAD				
60-64	135	40.30%	90	26.87%
65-69	93	27.76%	68	20.30%
70-74	62	18.51%	40	11.94%
75-79	45	13.43%	20	5.97%
80 y +	0	0.00%	0	0.00%
GENERO				
FEMENINO	187	55.82%	124	37.01%
MASCULINO	148	44.18%	94	28.06%
OCUPACION				
COMERCIANTE	26	7.76%	18	5.37%
HOGAR	104	31.04%	74	22.09%
JUBILADO	55	16.42%	28	8.36%
OBRERO	117	34.93%	75	22.39%
OTROS	33	9.85%	23	6.87%
ESCOLARIDAD				
PRIMARIA	244	72.84%	159	47.46%
SECUNDARIA	68	20.30%	46	13.73%
PREPARATORIA	5	1.49%	4	1.19%
LICENCIATURA	18	5.37%	9	2.69%
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	50	14.93%	30	8.96%
CASADO	179	53.43%	114	34.03%
VIUDO	44	13.13%	31	9.25%
DIVORCIADO	49	14.63%	32	9.55%
UNION LIBRE	13	3.88%	11	3.28%

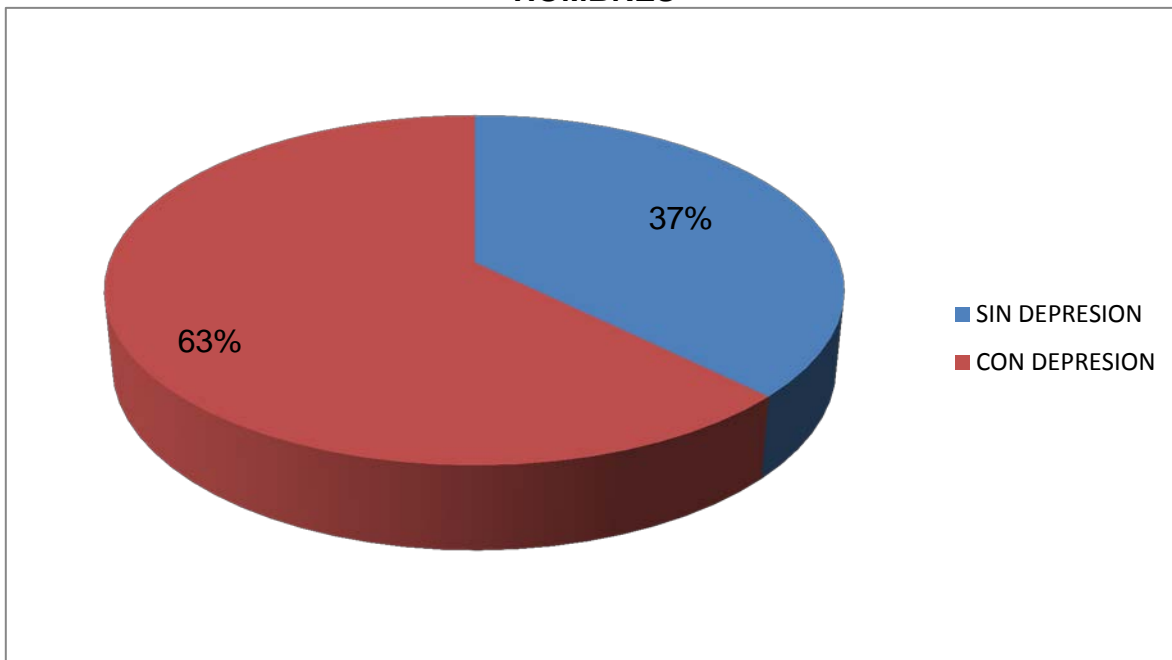
Fuente: Cuestionario de **FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 33**

Gráfica 6. TOTAL DE PARTICIPANTES CON DEPRESION Y SIN DEPRESION. MUJERES



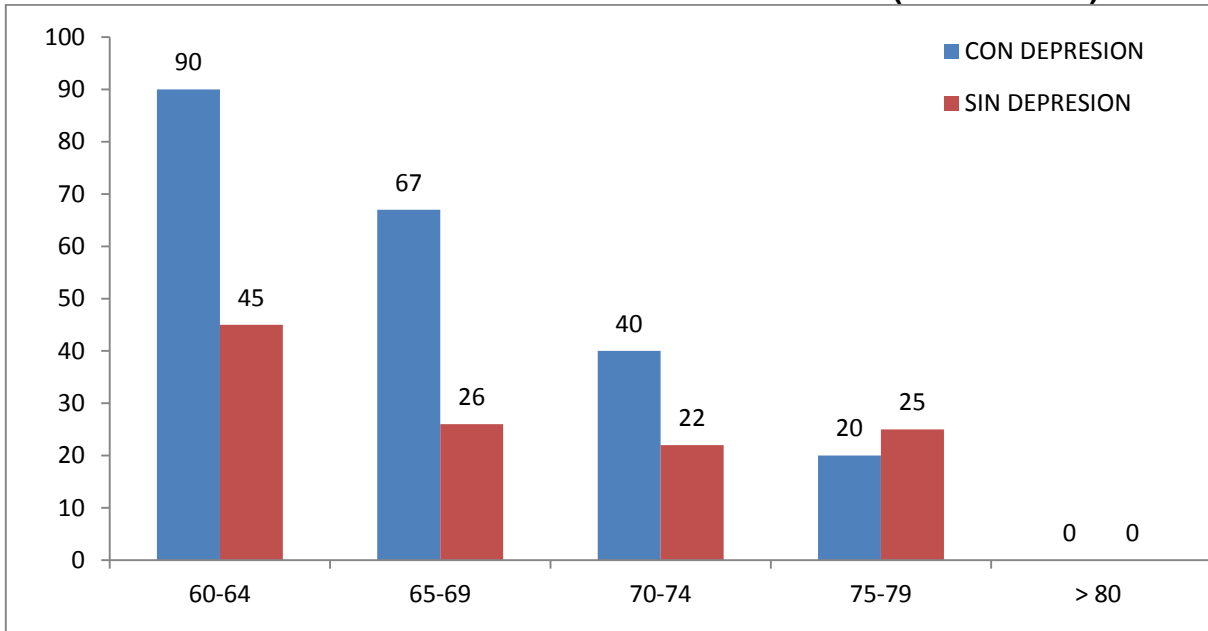
Fuente: Cuestionario de FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 33

Gráfica 7. TOTAL DE PARTICIPANTES CON DEPRESION Y SIN DEPRESION. HOMBRES



Fuente: Cuestionario de FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 33

Gráfica 8. POR GRUPO DE EDAD CON DEPRESION Y SIN DEPRESION DE ACUERDO A ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (YESAVAGE)



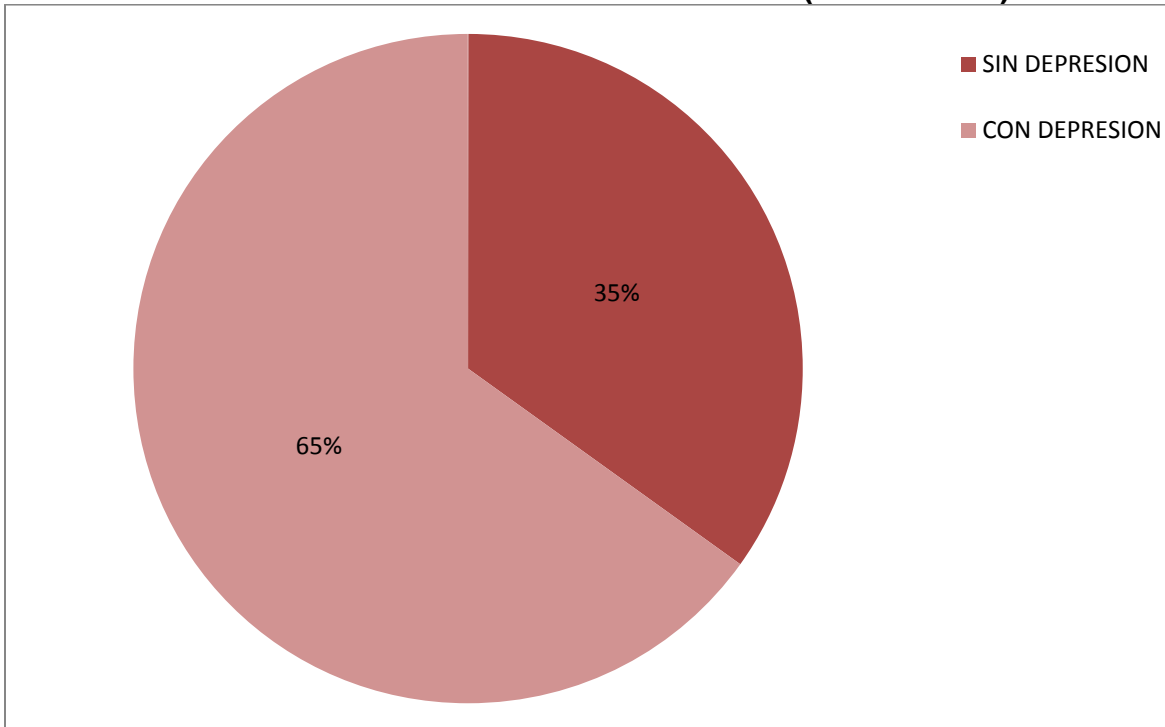
Fuente: Cuestionario de FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 33

Tabla 2. TOTAL DE PARTICPANTES CON Y SIN DEPRESION DE ACUERDO A ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (YESAVAGE)

	SIN DEPRESION	%	CON DEPRESION	%
TOTAL	117	34.93	218	65.07

Fuente: Cuestionario de FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 33

Gráfica 9. TOTAL DE PARTICPANTES CON Y SIN DEPRESION DE ACUERDO A ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (YESAVAGE)



Fuente: Cuestionario de FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 33

DISCUSION

En el presente estudio se utilizó la escala de depresión geriátrica con el objetivo de determinar la frecuencia de depresión en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar no. 33.

En la UMF 33 encontramos depresión en el sexo femenino con 37.01 %, con un total de 124 pacientes, el 28.06 % al sexo masculino con un total de 94 pacientes. Rodríguez y cols, Martínez Mendoza y col., reportan predominio de sexo femenino (29,30). Por su parte Santillana Hernández y cols, reportan depresión estadificando a la misma obteniendo un 42 % de las mujeres con depresión leve, 15 % depresión moderada a severa, mientras que en los hombres los síntomas de depresión leve estuvieron presentes en 30 % y los de depresión moderada en 7 %. (31). Así mismo Pando y Cols reporta un porcentaje menor de depresión (36.2 %) con 43.1 % en mujeres y 27.3 % en hombres.

En relación al grupo de edad en la UMF 33 encontramos predominio de depresión en el grupo de edad de 60-64 años (90 pacientes), resultados similares obtiene Rodríguez y Cols, obteniendo en su estudio un 74 % en el grupo de 60-65 y un 42 % en grupo etario de 66 a 69 años (29). En el resto de los estudios se observan grupos etarios de mayor edad que presentan depresión, Martínez Mendoza y cols. reporta un promedio de edad de los 310 pacientes de 72años; Trinidad Hoy y col. Reportan edad promedio de 77 años. Pando y cols reporta en todos los grupos se obtuvieron tasas superiores a la general de 36.2 % excepto el primer quinquenio que comprendió de los 65 69 años con un 25.6 % (33).

En la UMF 33 se obtuvo: un 65.07 % de depresión de una muestra de 335 adultos mayores con hipertensión arterial.

Cuevas L, reporta que existen pocos pacientes de la tercera edad sin depresión (27); por su parte Martínez Mendoza y col determinan un 50.3 % de depresión en su estudio. (30). Santillana en estudio similar al realizado, en el que incluye 329 paciente, refleja un porcentaje alto de pacientes con síntomas depresivos.(31).

Trinidad Hoy y col, reportan un porcentaje bajo en relación al estudio realizado en la UMF 33 , con un 47 % utilizando la escala de depresión geriátrica de 15 ítems y un 58.2 % utilizando una sola pregunta. (32). A diferencia de Pacheco E, que demuestra un porcentaje menor utilizando la misma escala (15 ítems) demuestra depresión pero en porcentaje menor; obtiene 27 % de depresión para mujeres y 12 % en hombres, en una muestra de 161 pacientes. (28)

Dentro de las variables sociodemográficas analizadas encontramos depresión en obreros (22.39%), seguida de la población que se dedica al hogar; un 47.46 % para la escolaridad primaria, y en relación al estado civil los casados representan el mayor grupo con depresión.

Cuevas L, reporta frecuencia de depresión en pacientes que cursaron solo primaria reporte similar al estudio realizado en la UMF 33, en relación al estado civil contrasta con el nuestro ya que reporta mayor frecuencia de depresión en casados y viudos, en cuanto a las actividades laborales reporta mayor frecuencia en jubilados y los dedicados a labores domésticas (27).

Trinidad Hoy y col, reporta mayor porcentaje de depresión más frecuente en pacientes viudos (45 %); en cuanto a la escolaridad, reporta mayor frecuencia de depresión en el grupo que cuenta con educación superior con un 28 %. (32). Por su parte Pando y cols reporta mayor tasa de depresión en el grupo de desempleados y los dedicados al hogar y en relación al estado civil viudos y solteros. Reportando asociación entre sexo, ocupación y estado civil, fuertemente asociados a depresión y estableciendo como factor de riesgo el desempleo y el trabajo en hogar en relación al trabajador asalariado.

CONCLUSIONES

Al analizar los resultados del estudio se observa que la frecuencia de la depresión en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 33 es del 65.07 %, predominando el sexo femenino, con mayor frecuencia en el grupo etario de 60-64 años, en población obrera, casada y con escolaridad primaria, de un total de 335 pacientes.

El conocer la frecuencia de la depresión en la UMF 33 se confirma la importancia del médico familiar, quien debe tener el compromiso de hacer una evaluación física y psicológica y como primer eslabón: la prevención incluyendo la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems, ya que demuestra que es un instrumento válido, confiable y específico para la población de adultos mayores, todo ello con la finalidad de impedir complicaciones mayores por esta enfermedad. La lucha debe ser constante, ya que solo así lograremos impactar en la salud de una población en envejecimiento como la nuestra y a nivel mundial tal como lo refiere la literatura. De tal manera que podamos hacer mucho con pocos recursos, con estrategias que aborden el ámbito preventivo y sea capaz de solucionar evento agudos del adulto mayor minimizando con esto repercusiones en su estado de salud, familiar y social.

Los resultados obtenidos permiten mencionar algunas recomendaciones.

Dar a conocer la Escala de Depresión Geriátrica entre los médicos de primer nivel que brindan atención a los derechohabientes con las características mencionadas, y utilizarla como tamizaje de depresión.

Dado que existen pocos estudios que avalen la presencia de depresión en población adulta con y sin patología, se sugiere realizar estudios sobre depresión en el adulto mayor en la UMF 33 para conocer la magnitud, vulnerabilidad y trascendencia a nivel institucional y proponer estrategias efectivas aplicables en el ámbito de la medicina preventiva.

Queda para posteriores investigaciones determinar si existen factores asociados a depresión o si existe algo en común que detone la presencia de depresión en los adultos mayores con hipertensión arterial y en la población en general mayor de 60 años.

Sin embargo se aprecia en los resultados y en estudios similares una clara relación entre el género y depresión. Los estados de depresión más altos se orientan hacia las mujeres. Mientras que los estados de depresión más bajos se ubican hacia los hombres. Por lo cual se puede determinar una relación entre género y depresión notable.

La presencia de depresión marcada detectada en este estudio es preocupante, por lo que indica que actualmente puede ser considerada como lo reporta la literatura, una enfermedad de la tercera edad y que existe riesgo que su sintomatología pueda ser confundida y atribuirse a otras patologías al no detectarse oportunamente. La comparación de los resultados obtenidos con la bibliografía nos permite sugerir el uso de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage 15 ítems como un instrumento válido y confiable para la aplicación en la consulta externa de la UMF 33, ya que el personal sanitario de atención en el

primer nivel es la clave en la evaluación del estado emocional de las personas mayores. De esta manera la detección precoz de la depresión permitirá su diagnóstico y tratamiento oportuno con el propósito de revertir el cuadro e impedir la aparición de complicaciones graves.

Queda aún más por hacer al respecto pero se tiene confianza que lo obtenido en esta investigación ayude a mejorar la calidad de atención y de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial derechohabientes de la unidad de medicina familiar número 33.

Bibliografía

- 1.- Novelo D H. Aspectos demograficos del adulto mayor. *Nutricion clinica* 2003;6(1):63-69.
- 2.- Organización Mundial de la salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Disponible en:www.who.int/whr/2001/main/sp/pdf/chap_1-sp.pdf.
- 3.- El envejecimiento de la población mundial: transición demográfica mundial. CONAPO.SEGOB. *World Population prospect: The 2002 revision*.
4. - Díaz Rojas F. Et. Al Prescripción de Naproxen en Adulto Mayor. *Rev. Med IMSS* 2002; 40(5):409-414.
- 5.- Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México Secretaria de Salud.
- 6.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Seguridad Social. Investigación de sistemas de protección social de la salud con y para los Adultos Mayores, Red CIID OPS. Marzo 2003.
- 7.- Trujillo Z, Becerra M, Silva M. Latinoamérica envejece. *Visión Gerontológica/Geriátrica*. McGraw-Hill. México 2007 p 5-205.
- 8.- Tierney L, et al. Diagnóstico clínico y tratamiento. 40 edición. *Manual Moderno* 2005. P 45-63.
- 9.- Programa de actualización continua en Medicina Familiar. Estudio de la Salud Familiar Colegio Mexicano de Medicina Familiar Libro 3. Intersistemas Editores. 1er edición 2001. P 9-30.
- 10.- González J. Manual de auto-cuidado y salud en el envejecimiento. Costa amic Editores S.A 1994. P 63-68.
- 11.- Programa de Acción Atención al Envejecimiento. Secretaria de Salud 2001
- 12.- DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson, S. A. 1995.
- 13.- 5 Lara-Tapia H. Epidemiología de la depresión mayor en un hospital general de una institución de seguridad social (ISSSTE). Un estudio de tres años. *Rev. Neurol Neurocir y psiquiat*. 2006; 39 (1): 7-11.
14. Valoración Geriátrica Integral. Tratado de geriatría para residentes. Ana Cristina San Joaquín Romero.
- 15.- Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Med. Méx*. 2007; 143(2): 141-48.

- 16.- Castro Lizárraga M, Ramírez- Zamora S, Aguilar-Morales LV, Díaz de Anda VM. Factores asociados a la depresión del adulto mayor. *Revista Neurología Neurocirugía y Psiquiatría*. 2006; 39 (4): Oct-Dic 132-7.
- 17.-Roure RM, Reig A, Vidal J. Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados. *Rev. Gerontolo*. 2002.
- 18.- Peralta, Pedrero María Luisa. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (5): 409-414.
- 19.- Arroyo M, Salva Coll J, Trastornos Depresivos en Cardiología, Roca Bennasar M, Arroyo M, en Trastornos Depresivos en Patologías Médicas, Barcelona, 1996, Ed. Masson, S.A.pág 17-29.
- 20.- Aram V, Chobanian, MD; George L. Bakris,MD, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Jama*, 2003, 289: 2561.
- 21.- Stevens D, Merikangas K, Merikangas J, Comorbidity of Depression and other Medical Conditions, Beckham E, Leber W, Handbook of depression, New York 1995, Ed. The Guilford Press, pág.147-199.
- 22.- Stevens D, Merikangas K, Merikangas J, Comorbidity of Depression and other Medical Conditions, Beckham E, Leber W, Handbook of depression, New York 1995, Ed. The Guilford Press, pág.147-199.
- 23.- Davidson K, Jonas BS, et al. Do Depression symptoms predict early hypertension incidence in young adults in the Cardia study? Coronary Artery risk development in young adults. *Arch Intern Med*, 2000, 160(10): 1495-500.
24. - Rabkyn J., Charles E., Hypertension and DSM III Depression in Psychiatric Outpatients. *Am J Psychiatry*, 1983, 140: 1072-1074.
- 25.- Alexopoulos G, Meyers B, Young R, et al. Vascular Depression hipótesis. *Arch Gen Psychiat* 1998, 54: 915-922.
- 26.-Sara Aguilar-Navarro, José Alberto Ávila-Funes. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Méx* Vol. 143 No. 2, 2007.
- 27.-Pando Moreno, M.; Aranda Beltrán, C.; Alfaro Alfaro, N. y Mendoza Roaf, P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36(3):140-144.
- 28.-Rodríguez García M, Boris Savigne D, Rodríguez Obré O, Rodríguez Arias OD. Algunos aspectos clinicoepidemiológicos de la depresión en la ancianidad [artículo en línea] MEDISAN

2009;13(5)<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san01509.htm> [consulta: día/mes/año].

29.-Pacheco E. Frecuencia de síndrome depresivo en el adulto mayor en la clínica de consulta externa ISSEMYM Chalco. Tesis 2009.

30.- Cuevas L. Frecuencia de síndrome depresivo en el adulto mayor usuario de la UMF No. 33 El Rosario. Tesis 2001.

31.-Martínez-Mendoza, Jesús Alfonso, Martínez-Ordaz Verónica Araceli, Esquivel-Molina Carlos Velasco-Rodríguez Gerardo, Víctor Manuel .Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 21-28.

32.- Trinidad Hoyl M, Eduardo Valenzuela A, Pedro Paulo Marín L. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev. méd. Chile v.128 n.11 Santiago nov. 2000.

33.-Santillana Hernández, Sonia Patricia; Alvarado Moctezuma, Luis Eduardo. Depresión en población adulta mayor: tamizaje en unidad de primer nivel de atención .Rev. Méd. IMSS; 37(2):111-5, mar.-abr. 1999.

34.- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill, México 1997.

35.- Real Academia Española (2001) Diccionario de la lengua española, 22ª edición. Madrid: Espasa Calpe. (<http://www.rae.es>).

ANEXOS



IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Lugar y fecha _____

**FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL
DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 33**

El cual está registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación. Certifica con el número.

El **objetivo** del estudio es Identificar la frecuencia de depresión en pacientes hipertensos mayores de 60 años derechohabientes de la UMF 33.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder a las preguntas de un cuestionario basado en 5 preguntas expreso y 15 ítems del instrumento de medición ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE el cual se evaluará la frecuencia de DEPRESION que existe en el adulto mayor con hipertensión arterial.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: No existen riesgos que dañen la integración del participante, dentro de los inconvenientes es encontrar alguna pregunta que le resulte con inconformidad. El beneficio será conocer el grado de soledad social en el que se encuentran, para poder tratar con esta situación y mejorar la calidad de vida.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Dra. Mónica Sánchez Corona
99352132

Nombre y firma del sujeto

Nombre firma y matrícula del Investigador Responsable

Número (s) telefónico (s) a los cuales puedo comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio

Testigo

Testigo

Nombre y firma

Nombre y firma



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD**

FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 33

SECCION I (Para ser llenado por el paciente)

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas, marcando con una cruz (x) la que coincida con usted.

- 1.- Edad: 60-64 años () 65-69 () 70-74 () 75-79 () 80 y más ()
- 2.- Género: Femenino () Masculino ()
- 3.- Ocupación: obrero () jubilado () comerciante () empresario () otro _____
- 4.- Escolaridad: Primaria () Secundaria () Preparatoria () Lic. () Posgrado ()
- 5.- Estado civil: soltero () casado () viudo () divorciado () unión libre ()

SECCION II (Para ser llenado por el paciente)

Instrucciones: Lea cuidadosamente y señale en el recuadro la respuesta SI o NO según como se sintió usted la **semana pasada**

Escala de depresión geriátrica		
6. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?	Si	NO
7. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?	Si	NO
8. ¿Siente usted que su vida está vacía?	Si	NO
9. ¿Se aburre usted a menudo?	Si	NO
10. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si	NO
11. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?	Si	NO
12. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	NO
13. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?	Si	NO
14. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	Si	NO
15. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	Si	NO
16. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	Si	NO
17. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?	Si	NO
18. ¿Se siente usted con mucha energía?	Si	NO
19. ¿Siente usted que su situación es irremediable?	Si	NO
20. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?	Si	NO

SECCION III (Para ser llenado por el investigador)

Resultado: _____ Sin depresión _____ depresión leve _____ depresión moderada a severa _____.