



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**TESIS:
FOLIO R-2012-2104-14**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No1
PUEBLA, PUE.**

**DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR Y SU
ASOCIACION CON LA POLIFARMACIA
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 38
DEL IMSS EN EL ESTADO DE PUEBLA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. RAMON GONZÁLEZ VÁZQUEZ

PUEBLA, PUE. 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR Y SU
ASOCIACION CON LA POLIFARMACIA
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 38
DEL IMSS EN EL ESTADO DE PUEBLA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. RAMON GONZÁLEZ VÁZQUEZ

AUTORIZACIONES:

DRA. ITZEL GUTIERREZ GABRIEL

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DE
BASE EN EL I.M.S.S. MODALIDAD SEMIPRESENCIAL EN PUEBLA

DR. SANTIAGO OSCAR PAZARAN ZANELLA

ASESOR METODOLOGICO
MÉDICO FAMILIAR CONSULTA EXTERNA UMF 6

DR. SANTIAGO OSCAR PAZARAN ZANELLA

ASESOR DE TEMA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR CONSULTA EXTERNA UMF 6

DRA. AKIHIKI MIZUKI GONZALEZ LOPEZ

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

PUEBLA, PUE. 2013

**DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR Y SU
ASOCIACION CON LA POLIFARMACIA
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 38
DEL IMSS EN EL ESTADO DE PUEBLA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. RAMON GONZÁLEZ VÁZQUEZ

AUTORIZACIONES:

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROSA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR Y SU ASOCIACIÓN CON LA
POLIFARMACIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 38
DEL IMSS EN EL ESTADO DE PUEBLA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

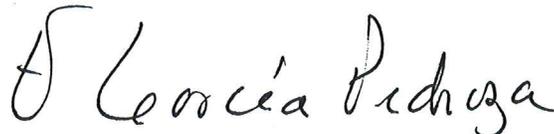
PRESENTA

DR. RAMON GONZALEZ VAZQUEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR Y SU
ASOCIACION CON LA POLIFARMACIA
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 38
DEL IMSS EN EL ESTADO DE PUEBLA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. RAMON GONZÁLEZ VÁZQUEZ

AUTORIZACIONES:

DRA. ITZEL GUTIERREZ GABRIEL

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DE
BASE EN EL I.M.S.S. MODALIDAD SEMIPRESENCIAL EN PUEBLA



DR. SANTIAGO OSCAR PAZARAN ZANELLA

ASESOR METODOLOGICO
MÉDICO FAMILIAR CONSULTA EXTERNA UMF 6



DR. SANTIAGO OSCAR PAZARAN ZANELLA

ASESOR DE TEMA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR CONSULTA EXTERNA UMF 6

DRA. AKIHIKI MIZUKI GONZALEZ LOPEZ

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD



Dra. Akihiki M. Gonzalez Lopez

PUEBLA, PUE. 2013

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA**

“CÉDULA DE REVISIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN FINAL”

EL OBJETIVO DE ESTA CÉDULA, ES HACER LLEGAR A USTED LOS COMENTARIOS DE SU INVESTIGACIÓN FINAL. PARA LA APROBACIÓN DE ESTE, ES INDISPENSABLE EFECTUAR LOS CAMBIOS SEÑALADOS EN LOS APARTADOS CORRESPONDIENTES, ES CONVENIENTE QUE CONTINÚE EL DESARROLLO DEL TRABAJO CON SU PROFESOR TITULAR.

Nombre del alumno: Dr. Ramón González Vázquez

Sede Académica: UMF 1 Puebla.IMSS

Identificación del trabajo: Depresión en el Adulto Mayor y su asociación con la polifarmacia en la UMF 38 del IMSS, Puebla, Pue.

Nombre del Profesor que revisó el trabajo: Dra. Baillet Esquivel Laura E.

Nº de revisión: 1

HOJAS FRONTALES: Bien

TÍTULO: Bien

ÍNDICE: Bien

MARCO TEÓRICO: Bien

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: Bien

JUSTIFICACIÓN: Bien

OBJETIVOS: Bien

HIPÓTESIS: NO NECESARIA

METODOLOGÍA: Bien

DISCUSIÓN: Bien

CONCLUSIONES: tiene registro R 2012-2104-14. Se aprueba esta tesis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Bien

SE APRUEBA ESTA TESIS
DRA BAILLET E. LAURA E.



Baillet Esquivel Laura E.
10-10-12

INDICE	PAGINA	
3	Marco teórico	5
3.1	Antecedentes generales	
3.2	Antecedentes específicos	12
4	Planteamiento del problema	17
5	Justificación	18
6	Objetivos	19
6.1	General	
6.2	Específicos	
7	Hipótesis	
8	Metodología	20
8.1	Tipo de estudio	
8.2	Población, lugar y tipo de estudio	
8.3	Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
8.3.1	Definición de la unidad de población	
8.3.2	Selección de la muestra	
8.4	Criterios de selección de las unidades de muestreo	21
8.4.1	Criterios de inclusión	
8.4.2	Criterios exclusión	
8.4.3	Criterios eliminación	
8.5	Diseño y tipo de muestreo	
8.6	Tamaño de la muestra	22
8.7	Tipo de selección de la muestra	
8.8	Definición de las variables y escalas de medición	
8.9	Variables y estilos de medición	
8.10	Método de recolección de la información	25
8.11	Análisis de la información	
8.12	Consideraciones éticas (Bioética)	26
9	Resultados	27
9.1	Descripción (Análisis estadístico) de los resultados	
9.2	Tablas (Cuadros) y gráficas	
10	Discusión (Interpretación analítica) de los resultados encontrados	38
11	Conclusiones	41
12	Referencias bibliográficas	42
13	Anexos	44

3. MARCO TEORICO

3.1. ANTECEDENTES GENERALES

El envejecimiento y la *depresión* caminan junto a la industrialización. Es evidente que se ha producido un progresivo envejecimiento de la población, y se espera que en unas décadas los *adultos mayores* (AM) pasen a representar del 10% del total actual al 21%. La depresión es la cuarta causa de incapacidad en la población activa, por detrás de las infecciones respiratorias de las vías bajas, las enfermedades perinatales y el SIDA, y será, probablemente, la segunda en el año 2020, tan sólo inferior a las enfermedades derivadas de la insuficiencia coronaria.¹

Existen a menudo trastornos depresivos no diagnosticados ni tratados que se pueden expresar con síntomas psicósomáticos que podrían estar condicionando tratamientos sintomáticos con la probable prescripción de mayor cantidad de fármacos (*polifarmacia*).² La selección del tratamiento farmacológico requiere la individualización del paciente, la consideración de sus condiciones médicas asociadas y una cuidadosa evaluación del perfil de efectos adversos e interacciones medicamentosas.³

Con el fin de establecer criterios para la elaboración de programas en salud, mediante consenso internacional se han establecido puntos arbitrarios de corte que señalan como ancianos o adultos mayores a las personas a partir de 60 años en los países en desarrollo y de 65 años en los desarrollados.⁴

La Asamblea Mundial sobre Envejecimiento define como adultos mayores a las personas de 60 años o más. El envejecimiento puede definirse como la suma de todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. Bajo esta definición debemos entender que los procesos patológicos de orden metabólico, cardiovascular o de tipo oncológicos, amén de otras patologías, invariablemente influyen en “adelantar” el proceso de la muerte.⁵

En el pasado, en la actualidad o en el futuro, todas las sociedades han enfrentado el problema del envejecimiento demográfico. En México, el proceso de envejecimiento se hace más evidente a partir de la década de 1970; para 1990, el porcentaje de adultos mayores representó 6 % de la población total con cerca de 5 millones de personas.⁶

Actualmente existen más de siete millones de adultos mayores, se estima un escenario interesante ya que se calcula que para el año 2030 las personas de edad avanzada se aproximarán al 12.6% de la población.⁷ La transición demográfica y epidemiológica en la cual se encuentra inmerso nuestro país, ha contribuido a que la esperanza de vida al nacimiento se incremente, de 44 años en la década de los cuarenta, a 75 años en el 2000, lo que ha propiciado un paulatino envejecimiento de la población, el cual se agudizará en los años venideros, con lo

que se espera que para el año 2050 uno de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años. Actualmente cerca del 7% de la población mexicana tiene más de 60 años de edad. Las estadísticas mundiales son claras evidenciando un incremento progresivo de los pobladores mayores de 60 años y con una tendencia definitiva a un aumento progresivo década por década.⁸

Los cambios de la población hacen que las familias se comporten de modo distinto, ya sea en la estructura, en la funcionalidad o en la dinámica laboral, impidiendo a los más jóvenes disponer de tiempo para la convivencia familiar. Los mayores ya no tienen lugar en el interior de las casas de los hijos y por eso están más aislados y solos. Perdieron a sus compañeros, su pareja, los recursos son escasos y las enfermedades los limitan. En la comunidad tienen que encontrar recursos que les permitan compensar sus pérdidas y fortalecer sus potencialidades. Son muchas las vicisitudes que tienen que pasar y por eso la crisis es una realidad para muchas personas.

La depresión es un trastorno psicoafectivo, caracterizado por una disminución significativa del estado de ánimo con repercusiones físicas y sociales, esta afección es reconocida como una epidemia silenciosa en la vejez, la cual reduce la capacidad del individuo para tratar sus problemas de salud, contribuye al mal uso de medicamentos, al abuso en el consumo de alcohol y al comportamiento autodestructivo, por lo que se debe prevenir y detectar a tiempo. La prevalencia de la depresión es determinada en gran medida por las condiciones de vida de cada población.⁹

La depresión constituye una respuesta normal a la adaptación a circunstancias adversas. Con todo, cuando esta respuesta adaptativa se prolonga en el tiempo, adquiere tal intensidad que interfiere con el pensamiento y la acción. La depresión, según Vaz Serra, puede ser definida como una situación que surge del cruce de factores predisponentes, y que determina una alteración semipermanente en la regulación del humor, en las perspectivas personales y en los mecanismos de defensa biológica del individuo.¹⁰

La depresión en personas mayores de 65 años produce un impacto negativo en la calidad de vida. Dentro de los factores de riesgo se destacan: *duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodio depresivo previo, género femenino, demencia y condiciones médicas crónicas*. Los ancianos deprimidos muestran menos ánimo triste, más ansiedad y más quejas somáticas que los jóvenes con la misma patología.³

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20 % en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40 % en la hospitalizada; predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13 % por año. Se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas de suicidio. Aproximadamente en 60 % de los pacientes la depresión coexiste con ansiedad.

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

El diagnóstico de depresión es básicamente clínico, de acuerdo con los criterios establecidos en la Cuarta Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Existen varias pruebas de escrutinio o tamizaje; entre las más utilizadas en población mayor de 65 años se encuentra la escala de Yesavage, única diseñada exclusivamente para este grupo de edad y traducida al castellano y validada. Su versión está integrada por 30 ítems, tiene sensibilidad de 84 a 86 % y especificidad de 95 a 100 %; existen versiones acortadas de 15 e incluso cinco ítems, traducidas al español. La depresión puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, o bien, encubrirlo o acelerarlo, por lo que es importante el adecuado diagnóstico diferencial, para lo cual se utilizan pruebas como el *miniexamen cognoscitivo de Folstein*, versión de Lobo al español, cuya sensibilidad es de 87 % y especificidad de 85 %.¹¹

La atención al paciente deprimido implica, entre otras cosas, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado del padecimiento. Aunque un número creciente de agentes antidepresivos está disponible para tratar la depresión, aproximadamente la mitad de los pacientes no responden y hasta dos tercios no logran la remisión después del tratamiento de primera línea.¹²

El paciente con depresión no la considera una enfermedad o no la manifiesta al médico por pensar que los medicamentos utilizados para su tratamiento pueden interferir con otros tratamientos o por tener miedo a los medicamentos que en ocasiones considera adictivos. Se ha estimado que existe una omisión en el diagnóstico del 25 al 50 %. Existe cuatro veces más probabilidad que el médico de atención primaria envíe al paciente hacia cualquier otra especialidad antes que la psiquiatría o la psicología; esto contribuye al mal diagnóstico y favorece los tratamientos sintomáticos, situación que hace necesario determinar el impacto de los síntomas depresivos no identificados por el médico tratante y el número de medicamentos prescritos, con la finalidad de implementar estrategias tendientes a disminuir la frecuencia de la polifarmacia en el adulto mayor.²

La importancia de la polifarmacia en el anciano se deriva del riesgo que supone una mayor utilización de fármacos en un paciente especialmente predispuesto a padecer reacciones adversas a medicamentos (RAM), la comorbilidad de enfermedades concurrentes, los déficit orgánicos causados por el propio envejecimiento y los errores en la administración de fármacos.¹³

La respuesta a los medicamentos en los adultos mayores es marcadamente diferente que en los adultos jóvenes, se trata de un organismo donde repercuten las consecuencias directas del envejecimiento, siendo más susceptible a los efectos indeseables de los fármacos, sin embargo, es común que tanto enfermos

como familiares exijan que se le recete múltiples medicamentos para aliviar y controlar sus dolencias, repercutiendo esto desfavorablemente en el estado de salud mayor.

La polifarmacia se define como la ingestión concomitante de cuatro o más fármacos. Esta definición no toma en cuenta si la prescripción es o no adecuada, ya que la mayoría de los ancianos requieren varias drogas para tratar otras tantas enfermedades. Otra definición, que evita poner un número mínimo de medicamentos arbitrario, habla de la prescripción, administración o uso de más drogas que las indicadas y reconoce el hecho de que una sola medicación inadecuada puede provocar efectos adversos y aumenta el riesgo de hospitalización.^{14,15}

La Organización Mundial de la Salud define como polifarmacia la utilización de 4 o más fármacos en forma simultánea. La prevalencia de polifarmacia en el adulto mayor se estima en 34 %. Actualmente, se sabe que 5 a 15 % del total de los ingresos hospitalarios se deben a reacciones adversas a fármacos y, de estos, una tercera parte involucra a adultos mayores.²

La polifarmacia es un problema común encontrado por médicos el cuidado del anciano. Se encuentran en toda la atención que va desde la consulta externa a la atención a largo plazo, donde están particularmente vinculados con las caídas y otros problemas asociados. La Polifarmacia se refiere al uso de múltiples medicamentos por un paciente. El término se utiliza cuando son usadas por un paciente muchas formas de medicamentos, los medicamentos clínicamente prescritos; de los justificados, o incluso cuando todos los medicamentos recetados son clínicamente indicados. Esto tiene gran probabilidad de ocasionar reacciones adversas a medicamentos (RAM) e interacciones farmacológicas (IF).¹⁶

Se ha descrito que la esperanza de vida ha ido en aumento y la condicionante de padecer más de una patología en las personas mayores es frecuente; todo lo cual ha llevado al uso de terapias farmacológicas, al menos, para cada problema de salud, complicándose aún más este panorama si aparecen procesos agudos que también requieran tratamiento medicamentoso.¹⁴

El viejo es portador de gran comorbilidad y, como consecuencia, aumenta el consumo de fármacos que muchas veces no son necesarios. Existen otras causas para su consumo por ejemplo que se sienten mal y/o tener muchos achaques. Se calcula que después de los 65 años, se toman de dos a tres medicamentos de venta libre en los países desarrollados. El consumo de hierbas medicinales desde luego tiene efectos farmacológicos y por consiguiente interacciona con otros medicamentos. En México se han identificado 5,000 especies de hierbas con aplicaciones curativas, y el 60% de la población las ha consumido en algún periodo de su vida. En los Estados Unidos, de 14 a 22% emplea la herbolaria. En China, el 82% de la población considera que la herbolaria es útil para fomentar la salud y el 10% como terapéutica.¹⁸

Recientemente se ha estudiado las interacciones entre los medicamentos alópatas y las plantas medicinales, demostrando que el consumo conjunto de algunos productos son riesgosos para la salud, tales como el ginkgo biloba o el ajo (*allium sativum*) que si administran con ácido acetil salicílico o con la vitamina E pueden provocar hemorragias.¹⁷

La edad, las enfermedades crónico-degenerativas, la hospitalización reciente, el género femenino y el aumento de prescriptores y la automedicación se han identificado como factores de riesgo para el desarrollo de polifarmacia en el adulto mayor. Por otro lado, existen a menudo trastornos depresivos no diagnosticados ni tratados que se pueden expresar con síntomas psicossomáticos que podrían estar condicionando tratamientos sintomáticos con la probable prescripción de mayor cantidad de fármacos.² Los fármacos son la causa más común de sintomatología depresiva inducida por tratamiento; los antihipertensivos y sedantes con mayor frecuencia producen signos y síntomas de depresión en el anciano, aunque se han descrito innumerables fármacos que la pueden producir, algunos de ellos como el alcohol o sedantes antipsicóticos.¹⁹

La población anciana es, sin duda, el colectivo que más medicamentos utiliza, debido a una mayor incidencia de enfermedades y procesos crónicos que presenta. Los cambios fisiológicos aunados al aumento en el número de diagnósticos y fármacos consecuentes, colocan a los ancianos ante el riesgo de efectos adversos y de interacciones medicamentosas. Además, el paciente anciano parece ser de dos a tres veces más presa fácil de reacciones adversas, si se compara con adultos más jóvenes. La mayoría de las reacciones adversas en el anciano son extensiones de los efectos esperados de los fármacos, más que reacciones de tipo idiosincrásico. Consumen entre el 25 y el 50% de los fármacos prescritos y son responsables del 70% del gasto farmacéutico total. La iatrogenia provocada por el uso de fármacos resulta común entre los ancianos, debido a las interacciones farmacológicas, a una dosificación inadecuada y a una mayor frecuencia de reacciones imprevisibles a través de mecanismos desconocidos.²⁰

La polifarmacia y los efectos adversos derivados de ella representan el 5-15% de hospitalizaciones en ancianos, más del 45% de los reingresos y el 25% son prevenibles. Las reacciones adversas medicamentosas son alrededor de 50 mil personas por año, de las cuales el 0,7% son mortales, el 8,9% son potencialmente mortales, el 28,3% son graves y el 62% son significativas. De ellas, el 28% serían prevenibles. El uso de seis o más fármacos es un predictor de mortalidad independiente.²¹

Los principales factores asociados a riesgo de producir reacciones adversas a medicamentos (RAM) en el anciano son la edad, estado de salud, estancia hospitalaria, polifarmacia excesiva (el factor que más se repite y que a la vez es causado por los otros factores), la prescripción inadecuada, automedicación y tipo de medicamento (alópatas, homeópatas y herbolaria) la comorbilidad, la edad avanzada, las interacciones medicamentosas y la falta de adherencia al

tratamiento. La gravedad de las RAM es mayor cuanto más edad y cuanto mayor sea la comorbilidad.²²

Las RAM son definidas por la Organización Mundial de la Salud como cualquier respuesta a un fármaco que sea nociva o indeseable y que se produzca en las dosis utilizadas en el hombre para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento. Son especialmente frecuentes en el anciano y su prevalencia se estima en un 5% cuando se consume un fármaco, cifra que se eleva hasta prácticamente el 100% cuando se consumen 10 o más fármacos, situación bastante más frecuente de lo que se cree. Su presentación clínica es a menudo inespecífica y difícil de reconocer.²³

En cuanto a la polifarmacia, frecuente en los pacientes de edad avanzada, cabe señalar que el riesgo de interacciones farmacológicas (IF) se incrementa con el número de fármacos administrados. Se ha estimado que la probabilidad teórica de que se presente una IF es del 50% cuando un paciente está tomando 5 medicamentos y que se incrementa hasta el 100% cuando el número de medicamentos es de siete.

Una interacción farmacológica (IF) se produce cuando los efectos de un fármaco son modificados por la presencia de otro fármaco, un preparado fitoterapéutico, un alimento o alguna sustancia química ambiental. Las consecuencias de la IF pueden ser perjudiciales si ésta causa un incremento en la toxicidad o una reducción de la eficacia del fármaco objeto. El mecanismo de las IF puede ser farmacocinético o farmacodinámico.

Las interacciones farmacocinéticas son aquellas en las que se alteran la absorción, distribución, metabolización o excreción de los medicamentos. Como consecuencia, pueden producirse cambios en las concentraciones plasmáticas y en la respuesta clínica de alguno de los medicamentos implicados. Las interacciones farmacocinéticas más frecuentes son las que afectan a medicamentos que se metabolizan a través de las diferentes isoenzimas del citocromo P450. De hecho, las enfermedades y los cambios fisiológicos inducidos por el envejecimiento alteran la eliminación renal y el metabolismo hepático de los medicamentos. Estas alteraciones farmacocinéticas pueden contribuir a la presentación de efectos indeseados por interacciones farmacocinéticas que en pacientes jóvenes no tendrían apenas repercusión clínica (p. ej., cuando dos medicamentos compiten por la misma enzima metabolizadora, como dexametasona y fenitoína, pudiendo incrementarse los valores plasmáticos de fenitoína y presentarse toxicidad). También la tasa de filtrado glomerular disminuye con la edad. Una IF que produce una disminución en la eliminación renal de un medicamento, en presencia de una capacidad de eliminación renal disminuida puede conducir a toxicidad en un paciente anciano vulnerable.

Por otra parte, por las alteraciones farmacodinámicas relacionadas con la edad, pequeños cambios en las concentraciones plasmáticas producidas por IF pueden ser significativos en pacientes ancianos. Así, algunos medicamentos, como

anticolinérgicos, benzodiacepinas y opiáceos, tienen más efecto en pacientes de edad avanzada. Esta mayor sensibilidad a los efectos farmacológicos frecuentemente se manifiesta en forma de reacciones adversas. Las interacciones farmacodinámicas están relacionadas con la actividad farmacológica de los medicamentos implicados. Ocurren cuando se utilizan medicamentos que tienen actividad farmacológica sinérgica o aditiva (con lo cual se amplifican sus efectos) o, por el contrario, uno de ellos es antagonista de otro (con lo cual se reducen los efectos del segundo).²⁴

La polifarmacia se ha tornado tan importante en la salud del paciente AM que la geriatría como subespecialidad médica, la define, junto a la iatrogenia a fármacos, como uno de los grandes síndromes geriátricos, probablemente porque la polifarmacia como entidad clínica se comporta como un simulador de enfermedad, generando síntomas sugerentes de cualquier estado patológico.²⁵

La polifarmacia no siempre es evitable. Enfermedades como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus (DM), de alta prevalencia entre los ancianos, por lo general requieren el uso de varios productos de eficacia probada. Sin embargo, se debe determinar si el tratamiento pautas se están siguiendo y si los pacientes están utilizando sólo los productos indicados clínicamente. Por lo tanto, para mejorar el tratamiento de drogas para los profesionales de la salud del anciano, puede adoptar medidas para reducir injustificado uso de medicamentos y optimizar los beneficios de los medicamentos de interés. Tales medidas incluyen la adhesión a la directrices, evitar la prescripción a aliviar los síntomas comunes susceptibles al tratamiento general, la dieta o estilo de vida, revisar regularmente los medicamentos; auditoría de prescripción; visitas médicas a pacientes, tener informatizado los sistemas de alerta, y así sucesivamente. Deben llevarse a cabo otros estudios para ajustar las listas de medicamentos inadecuados para las personas mayores adecuados a la situación en los países en desarrollo.²⁶

La US Preventive Service Task Force aconseja revisar la medicación cada 1-2 años en los ancianos. La mayor parte de estudios que han planteado disminuir la polifarmacia han sido efectivos. Los métodos útiles son la formación de los médicos por contactos grupales o individuales con expertos, el uso de hojas con perfiles de prescripción para pacientes y las técnicas basadas en la educación de los pacientes han mostrado utilidad en su reducción. Para medicación inadecuada Se aconseja utilizar sistemas informáticos de detección con alternativas terapéuticas, y la formación del personal médico en ancianos institucionalizados. En las interacciones son de utilidad los sistemas informáticos de detección aunque con una menor eficacia en ancianos con polifarmacia. La adhesión terapéutica se logra al: simplificar pautas y reducir número de dosis, el uso de monitores electrónicos (difícil de generalizar su uso en población general), el consejo médico y farmacéutico, los recordatorios telefónicos e intervenciones multidisciplinarias, y mejorar la comunicación médico-paciente. En cuanto a las reacciones adversas se aconseja realizar una prescripción individualizada y utilizar sistemas informáticos de detección.²³

3.2. ANTECEDENTES ESPECIFICOS

Si la depresión se diagnostica poco, en el anciano se hace aún menos, con grados de subdiagnóstico del 32-50% y de infratratamiento del 37-50%. Y es que, a pesar de la existencia de criterios claros y un consenso sobre su manejo, el diagnóstico no es fácil, dada su habitual presentación atípica y la visión cultural de la vejez como algo triste. Hay evidencias de que la depresión no tratada tiene graves complicaciones que empeoran el pronóstico y duplican el riesgo de fallecimiento. Esto añade un coste económico (se trata sólo al 10% de los enfermos) con consecuencias sociales.

Urbina T JR et al en el 2002, lleva a cabo un estudio descriptivo y transversal en mayores de 64 años utilizando La escala de valoración geriátrica de depresión (Geriatric Depresión Scale de Yesavage), en su versión reducida de 15 ítems, la prevalencia de síntomas depresivos fue del 19,7%, y un 5,6% obtuvieron una puntuación mayor de depresión estable. El 5% de los sujetos tenían diagnóstico de depresión confirmada por el especialista del área. La prevalencia de síntomas depresivos fue mayor en el medio rural y en las personas de más edad. No observaron diferencias entre sexos. La depresión en la mujer suele ser más prevalente, pero su diferencia respecto al hombre disminuye con la edad. Respecto a la mayor presencia de síntomas depresivos en la población rural, parece deberse a la presencia de sujetos más mayores, con más enfermedades y más dependientes socialmente.¹

Wilson E LLK, Sánchez R MA, Mendoza N VM, realizan un estudio transversal analítico en una muestra a conveniencia de 201 adultos mayores de 60 años, 80 hombres y 121 mujeres, con edad promedio de 68.5 ± 6.8 (hombres, 69.3 ± 6.7 ; mujeres, 68.0 ± 6.8), con la finalidad de determinar la relación entre el ejercicio físico y la depresión en una población de adultos mayores de la ciudad de México. De los 201 sujetos incluidos en el estudio, 75 (37%) de las personas estudiadas fueron positivas a la escala de depresión geriátrica, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas por grupos de edad o sexo. Por otro lado, se detectó depresión en el 55% de los adultos mayores sedentarios en contraste con el 30% de los activos. Concluyen que la prevalencia de depresión es significativamente más alta que lo reportado en la encuesta SABE, no obstante, es menor al 42.8% encontrado en el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), sugiriendo que 4 de cada 10 ancianos de la República Mexicana sufre depresión.⁸

Peña S DM, et al (2009), efectúan una revisión electrónica de estudios publicados en los últimos 14 años. De los resultados, el afecto depresivo, síntoma típico de la depresión, es reportado con menor frecuencia por los ancianos deprimidos que por los pacientes más jóvenes. La depresión tiende a presentarse con más características melancólicas y en general parece ser más severa en los adultos mayores. No obstante, en las escalas que miden la apreciación subjetiva de los pacientes acerca de su depresión se han encontrado puntuaciones menores que en los jóvenes. Probablemente esto se deba a la tendencia que tienen los

ancianos a aceptar los síntomas depresivos como “normales” y a la menor propensión a tener afecto triste.

Las quejas somáticas desproporcionadas en relación a la condición médica de base o sin ninguna etiología explicable como la hipocondriasis, son más habituales en los ancianos deprimidos que en los pacientes más jóvenes y llegan a observarse hasta en el 65 % de los casos. Igualmente, la ansiedad puede ser encontrada con mayor frecuencia que el ánimo triste, lo cual ocasiona que con frecuencia se confunda el trastorno depresivo con los trastornos de ansiedad en este grupo de edad.

La prevalencia total del trastorno depresivo mayor en la población geriátrica, oscila entre 1,2% y 9,4%. Si se incluyen también los individuos con síntomas depresivos que no satisfacen criterios para depresión mayor la prevalencia aumenta a cifras que llegan hasta el 49%. Los ancianos institucionalizados presentan una prevalencia de hasta el 42%, cifra mayor a la observada en los ancianos que habitan en la comunidad. En los pacientes hospitalizados por condiciones médicas la prevalencia de depresión también es bastante elevada, variando entre 5,9% y 44,5%.

Estudios llevados a cabo con ancianos institucionalizados, como en el Canadian Study of Health and Aging (CSHA) y el Amsterdam Groningen Elderly Depression Study (AGED) reportaron factores de riesgo similares a los apreciados en pacientes de la comunidad, entre los que se destacan: dolor, enfermedad cerebrovascular, pobre soporte social, eventos vitales negativos y percepción de un cuidado inadecuado. Las tasas de mortalidad por suicidio en ancianos son mayores que en personas jóvenes, variando entre el 5% y el 10%, siendo los trastornos afectivos un factor de riesgo independiente y significativo para suicidio en este grupo de edad. El 85% de los pacientes ancianos con depresión mayor que se suicidan pertenecen al sexo masculino.³

Granados JA, et al, en el 2003 realizan un estudio de casos y controles, en la Unidad de Medicina Familiar No. 77 del IMSS, en el Estado de México; para determinar la fuerza de asociación entre la presencia de síntomas depresivos no identificados por el médico tratante y la presencia de polifarmacia en el paciente mayor de 60 años, reclutando mediante muestreo no probabilístico, 200 pacientes por grupo. Se determinó que 48 pacientes del grupo control y 82 del grupo de casos presentaron síntomas depresivos. En los primeros, el 77 % presentó síntomas leves y 23 % severos; en los segundos, esta proporción fue de 71 % y 29 %, respectivamente.

En el análisis, el sexo femenino, la menor escolaridad, los ingresos nulos, la glucemia de 140 mg/dl o más, la hipertensión arterial sistémica, la diabetes mellitus y la depresión se identificaron como factores de riesgo con significancia estadística para la presencia de polifarmacia. La razón de prescripción de fármacos por paciente y por consulta fue de 5 para los de polifarmacia y de 3 para los pacientes sin polifarmacia.²

Peralta P ML et al (2003), determinan que en nuestro país, 24 % de adultos mayores utilizan cotidianamente, en forma simultánea, tres medicamentos en promedio, entre los que destacan, por su uso más frecuente, los hipoglucemiantes, antihipertensivos y analgésicos.⁵

México participó en el año 1999 en un proyecto denominado “Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento” (SABE), realizado en América Latina y el Caribe, cuyo objetivo fue evaluar el estado de salud y las condiciones de vida actuales de esta población. Con relación a las enfermedades cronicodegenerativas, el 43% de la población refirió que en alguna ocasión personal de salud le dijo ser hipertenso, el 77% de ellos dijo estar tomando algún fármaco contra la presión arterial, de ellos, el 65% no ha seguido un régimen alimenticio para el control de peso con la finalidad de coadyuvar a bajar su presión arterial, sin embargo el 82.6% percibe que su presión generalmente está controlada.⁷

Gorete R M, Gonçalves S CM, Longino F T, mediante un estudio cuantitativo y descriptivo correlacional, evalúan los niveles de la depresión en los mayores de 65 años que viven en la comunidad, en su casa o de su familia e identifican los factores relacionados. La población la constituyeron 987 personas, 63% mujeres y 37% hombres, de una comunidad con características urbanas y rurales y con diversidad de estratos socioeconómicos. El instrumento de recogida de datos fue un formulario que incluye la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage. La versión portuguesa fue traducida y desarrollada por Barreto en 1991, citado por Paúl y cols. y adaptada por Veríssimo en 1983.

La escala mostró un 92% de sensibilidad y un 89% de especificidad. La depresión, se verifica en el 57% de la muestra tiene depresión moderada (43%) o severa (14%). Los datos coinciden con la opinión de Costa, quien afirma que la depresión es un problema de salud pública, subdiagnosticado. El grupo de edad, 65-74 años, tiene mayor porcentaje de personas sin depresión y en los otros grupos es más frecuente tener depresión, aunque no sea estadísticamente significativa la diferencia. Así, afirma Belsky que la depresión es más frecuente en los adultos más jóvenes que en los mayores. En cuanto a la distribución de la depresión por sexo, es mayor en las mujeres (40%), que en los hombres (17%). Entre los que tienen enfermedad crónica y se preocupan con la enfermedad, tienen depresión el 53%. Los individuos que afirman que la enfermedad les impide realizar actividades (42%), presentan depresión, pero hay personas con depresión que no revelan limitaciones en las actividades (17%).¹⁰

Martínez M JA et al, determinan la prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores de 65 años hospitalizados mediante un estudio transversal prospectivo, realizado en el Hospital General de Zona 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila, México, en pacientes mayores de 65 años, ambos sexos, hospitalizados en el segundo semestre del 2003. Incluyeron 320 personas con edad promedio de 72 años. Se encontró depresión en 50 % y

dependencia en 62 % con la escala de Katz, y en 75 % con la de Lawton. Existió asociación entre depresión y edad mayor de 80 años, sexo femenino, hospitalización en el servicio de medicina interna, dependencia, vivir solo y presencia de enfermedades crónicas degenerativas. Depender de otras personas que no pertenezcan a la familia nuclear y ser portador de patologías crónicas fueron los factores que más se asociaron.¹¹

García H LR et al, realizan una investigación observacional descriptiva de tipo retrospectiva de 170 adultos mayores evaluados en la consulta especializada de Geriátría del Policlínico Universitario Héroes del Moncada del Municipio Plaza de la Revolución, en el periodo comprendido entre enero – abril del 2008, con el propósito de determinar la presencia de polifarmacia en los mismos. Para ello se les realizó una Evaluación Geriátrica Exhaustiva y se obtuvieron como resultados que la prevalencia de pacientes con Polifarmacia fue de 54 casos para un 31,7 % versus 116 pacientes (68,2%) que no la presentaron. Fue más frecuente en el sexo femenino, entre los 70 y 79 años, con 19 pacientes (35,1%). Los fármacos más consumidos eran para enfermedades cardiovasculares y osteomioarticulares. La mayoría de los pacientes con polifarmacia tenían alguna afectación de su estado funcional. En el estudio realizado por Odalys García Arnao se encontró que los mayores consumidores de medicamentos estaban en el rango de edad entre 70–79 años seguidos del de 80-89 años, que coincide con los hallazgos del estudio.¹⁴

Kaufman (2002) refiere que ya sea de venta libre, por autoconsumo, con los prescritos, más los recomendados por familiares y amigos en las personas de más de 65 años llegan hasta un total de 94%; el 57% con más de cinco medicamentos y el 12% con más de 10. En otro grupo (Kaufman) respecto a los medicamentos prescritos por facultativos, han llegado hasta el 81% de cualquier droga y el 23% tenía más de cinco fármacos, las mujeres y las de más edad son las más consumidoras. La herbolaria, como medicina tradicional, puede ocasionar una potencial toxicidad. López A y Arroyo V en el Hospital General de México, llevaron a cabo un estudio en 210 pacientes para valoraciones preoperatorios, 47 pacientes (23.7%) tomaban hierbas medicinales, 41 mujeres (87.2%) y 6 hombres (12.7%), con edades entre 16 y 75 años.

Gurwitz, detalla casuísticas de información en la frecuencia a reacciones adversas así como su prevención, una de ellas se refiere que en 564 casos de reacciones adversas por orden de frecuencia en el sistema nervioso fueron los antipsicóticos con 23%, los antidepresivos con 13%, los sedantes e hipnóticos con 13%. En otro grupo, un 20% fueron los antibióticos. Se agrega que de éstos, 276 casos fueron previsibles y 270 no lo fueron. Del tipo de reacciones adversas en un 27% fueron los medicamentos neuropsiquiátricos los que provocaron caídas en 12%, los gastrointestinales, 12%, los alérgicos dermatológicos 11% y las hemorragias 10%. De éstos fueron previsibles el 30%, 20%, 11%, 3% y 14%, respectivamente. Los ingresos hospitalarios por estas causas son en su mayoría pacientes entre 40 y 70 años.¹⁸

Las reacciones farmacológicas adversas son la forma más frecuente de enfermedad iatrógena, produciendo efectos discapacitantes e incluso peligro de muerte. Representan hasta el 10% de ingresos hospitalarios y producen gastos de varios miles de millones de dólares en el cuidado de la salud. Badillo BU, presenta un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo en donde se analizaron 185 pacientes que ingresaron al Servicio de Geriatría en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”, en el periodo del 1 de marzo al 31 de agosto de 2001. Se diagnosticó polifarmacia en 27.5%; de los cuales fueron mujeres 78.4% y 21.6%, varones. Entre los fármacos más empleados fueron los agentes con actividad a nivel cardiovascular (76.4%), los agentes con actividad a nivel gastrointestinal (37.2%), los analgésicos (35.2%), psicofármacos (33.3%), los agentes con actividad endocrinológica (23.5%), vitaminas (17.6%), broncodilatadores (9.8%), y los agentes con acción a nivel del sistema nervioso central (11.7%).¹⁹

Frutos B E, Martín C JC, Galindo V, analizan la sub-muestra de la Encuesta Nacional de Salud 2006, correspondiente a adultos mayores de 65 años residentes en Castilla y León. Mediante un modelo de regresión logística y un análisis factorial de correspondencias, se valoró qué variables influyen más en la polifarmacia. De los resultados, el 86% de los entrevistados declaró consumir medicamentos y el 93,9% presenta alguna enfermedad crónica. Los problemas de salud más frecuentes son: artrosis, artritis o reumatismo (53,5%) e hipertensión (48,3%) y los medicamentos más consumidos son hipotensores (45%), medicamentos para el dolor (37,1%) y para el reumatismo (21,4%). Tanto la media de enfermedades presentadas como los fármacos consumidos son significativamente superiores en aquellos que dicen tener mala o regular salud, los que frecuentan los servicios sanitarios, los que presentan déficit visual y auditivo y los que tienen dependencia para el cuidado personal, labores domésticas y movilidad. Las variables asociadas a la polifarmacia son: tres o más enfermedades crónicas, salud autopercebida regular, mala y sexo femenino.²⁰

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En base a la literatura, existen a menudo trastornos depresivos no diagnosticados ni tratados que se pueden expresar con síntomas psicosomáticos que podrían estar condicionando tratamientos sintomáticos con la probable prescripción de mayor cantidad de fármacos y en consecuencia el desarrollo de la polifarmacia.

La prevalencia de polifarmacia y el consecuente riesgo de interacciones farmacológicas en adultos mayores es variable entre países, regiones y escenarios. En términos generales se reporta de un 20-50%, cuyas magnitudes son influenciadas por la edad del sujeto, estado de salud, lugar de residencia (rural o urbana), automedicación y tipo de medicamentos considerados (alópatas, homeópatas y herbolaria). Por tal motivo, no se deben extrapolar resultados epidemiológicos que difieran significativamente de la población en donde se pretenda implementar programas preventivos y de control de la polifarmacia.

En la comunidad de Palmar de Bravo Puebla, la Unidad de medicina Familiar número 38 del Instituto Mexicano del Seguro Social, la población de adultos mayores adscritos a la consulta de Medicina Familiar es de 516, misma que corresponde al 10.63% de la población total de influencia. El predominio de género es en favor del sexo femenino con un 5.08% respecto al masculino.

En la consulta diaria de esta Unidad se aprecia un incremento gradual en la demanda de atención médica por los adultos mayores. El paciente geriátrico al ser portador de gran comorbilidad, en consecuencia demanda una mayor prescripción de fármacos para cada una de sus patologías y que muchas veces no son necesarios. De ahí que el objetivo del presente estudio es determinar la fuerza de asociación entre la presencia de depresión no identificada por el médico tratante y la presencia de polifarmacia en el paciente mayor de 60 años.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Se encuentra asociada la depresión a la polifarmacia en el Adulto Mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del IMSS en el Estado de Puebla?

5. JUSTIFICACIÓN

En el adulto mayor existen a menudo trastornos depresivos no diagnosticados ni tratados que se pueden expresar con síntomas psicósomáticos que podrían estar condicionando tratamientos sintomáticos con la probable prescripción de mayor cantidad de fármacos (*polifarmacia*).

Es evidente que se ha producido un progresivo envejecimiento de la población, y se espera que en unas décadas los *adultos mayores* pasen a representar del 10% del total actual al 21%. Se espera que para el año 2050 uno de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años. Actualmente cerca del 7% de la población mexicana tiene más de 60 años de edad. La esperanza de vida ha ido en aumento y la condicionante de padecer más de una patología en las personas mayores es frecuente todo lo cual ha llevado al uso de terapias farmacológicas, al menos, para cada problema de salud, complicándose aún más este panorama si aparecen procesos agudos que también requieran tratamiento medicamentoso

La depresión es un trastorno psicoafectivo, caracterizado por una disminución significativa del estado de ánimo con repercusiones físicas y sociales, esta afección es reconocida como una epidemia silenciosa en la vejez, la cual reduce la capacidad del individuo para tratar sus problemas de salud, contribuye al mal uso de medicamentos, al abuso en el consumo de alcohol y al comportamiento autodestructivo, por lo que se debe prevenir y detectar a tiempo. La depresión es la cuarta causa de incapacidad en la población activa, por detrás de las infecciones respiratorias de las vías bajas, las enfermedades perinatales y el SIDA, y será, probablemente, la segunda en el año 2020, tan sólo inferior a las enfermedades derivadas de la insuficiencia coronaria. En el adulto mayor la depresión puede confundirse con deficiencia vitamínica (de ácido fólico y vitamina B12), enfermedades que se asocian con depresión, como hipotiroidismo (50 %), infarto del miocardio (45 %), diabetes (8 a 28 %), Alzheimer (60 %) y enfermedad vascular cerebral (26 a 50 %).

La respuesta a los medicamentos en los adultos mayores es marcadamente diferente que en los adultos jóvenes, se trata de un organismo donde repercuten las consecuencias directas del envejecimiento, siendo más susceptible a los efectos indeseables de los fármacos, sin embargo, es común que tanto enfermos como familiares exijan que se le recete múltiples medicamentos para aliviar y controlar sus dolencias, repercutiendo esto desfavorablemente en el estado de salud mayor.

Es más probable que el médico de atención primaria envíe al paciente hacia cualquier otra especialidad antes que la psiquiatría o la psicología; esto contribuye al mal diagnóstico y favorece los tratamientos sintomáticos, situación que hace necesario determinar el impacto de los síntomas depresivos no identificados por el médico tratante y el número de medicamentos prescritos; obteniendo así menor frecuencia de efectos indeseables de los fármacos y un menor costo en la atención farmacológica del adulto mayor.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la asociación de depresión con la polifarmacia en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del IMSS en el Estado de Puebla.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la asociación de depresión y polifarmacia en el adulto mayor
- Identificar la presencia de depresión en adultos mayores.
- Determinar las características demográficas del adulto mayor
- Identificar el número de enfermedades presentes en los adultos mayores.
- Determinar el número de medicamentos utilizados, tanto por prescripción médica como por automedicación.

7. HIPÓTESIS

- H1 La Depresión esta asociada con la polifarmacia en adulto mayor.
- H0 La Depresión no esta asociada con la polifarmacia en adulto mayor.

8. METODOLOGIA

8.1 TIPO DE ESTUDIO:

- **Correlacional**
- **Observacional**
- **Transversal**
- **Prospectivo**

8.2 POBLACION LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

La presente investigación se llevó a cabo en adultos mayores que acudieron a consulta externa en la UMF No. 38 del I.M.S.S Puebla durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo del 2012 al 31 de mayo del 2012.

8.3 MUESTREO

8.3.1 DEFINICION DE LA UNIDAD DE POBLACION

Estuvo constituida por todo aquel adulto mayor que acudió a control médico en la consulta externa de la UMF No.38 del IMSS Puebla, dentro del periodo comprendido entre 1 marzo del 20012 al 31 de mayo del 2012.

8.3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Población fuente: Toda persona adulto mayor de 60 años o más, adscritos a la UMF No.38 del IMSS Puebla durante el periodo comprendido entre 1 marzo del 20012 al 31 de mayo del 2012.

Población elegible: Toda persona adulto mayor de 60 años o más, adscritos a la UMF No.38 del IMSS Puebla durante el periodo comprendido entre 1 marzo del 20012 al 31 de mayo del 2012, que acudieron a la consulta externa de esta unidad en ambos turnos.

Población de estudio: Toda persona adulto mayor de 60 años o más adscritos a la UMF No.38 del IMSS Puebla durante el periodo comprendido entre 1 marzo del 20012 al 31 de mayo del 2012, que acudieron a la consulta externa de esta unidad en ambos turnos y que reunieron los criterios de selección.

8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adulto mayor de 60 años y más.
- Derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF No.38 Puebla.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que aceptaron participar

8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes sanos y sin uso de medicamentos.

8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Con diagnóstico previo de deterioro cognitivo o depresión y que contaban con manejo medico.
- Pacientes sin patologías crónicas cuyo manejo farmacológico haya sido indicado para una comorbilidad aguda.

8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo será no probabilístico (conveniente).

8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tomando como población total a todos los pacientes mayores de 60 años de edad adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 38 del Instituto Mexicano Del Seguro Social de la ciudad de Palmar de Bravo Puebla, siendo un numero de 161 pacientes, con un nivel de seguridad (Z_{α^2} de 1.962) de 95%, una proporción esperada de 34.0 de acuerdo al estudio Granados-Ponce y una precisión del 3%. Resultando un tamaño de la muestra de 161 pacientes.

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

8.8 DEFINICION DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

8.8.1. DEFINICION CONCEPTUAL

- **SEXO.** Condición orgánica que distingue al macho de la hembra, hombre o mujer, masculino o femenino
- **EDAD.** Es el tiempo que ha vivido cada persona desde el nacimiento hasta el momento del estudio.
- **ESTADO CIVIL.** Condición individual, social y legal con relación a los derechos y obligaciones civiles, determinada por la Legislación Civil de la República Mexicana.
- **DEPRESION.** Estado físico y mental, que se origina por el desequilibrio del yo interno con el yo externo, de tal suerte que repercute en la vida cotidiana de un individuo, en su desarrollo personal, que se acompaña de sentimientos de tristeza, desgano y de signos alteración en la personalidad.
- **ENFERMEDAD.** Constituye un proceso morboso y dinámico condicionado por múltiples factores que influyen sobre el individuo y su salud y es susceptible de ser intervenido y modificado en los diferentes momentos de su desarrollo.
- **AUTOMEDICACION.** Uso de medicamentos, sin receta, por iniciativa propia de las personas.
- **POLIFARMACIA.** La Organización Mundial de la Salud define como polifarmacia la utilización de 4 o más fármacos en forma simultánea.

8.8.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

- **SEXO.** Masculino o Femenino.
- **EDAD.** Es la edad cumplida en años que indique cada adulto mayor en el cuestionario de aplicación.
- **ESTADO CIVIL.** Condición de cada paciente que acude a consulta externa con relación a los derechos y obligaciones civiles.
- **DEPRESIÓN.** La que resulte de la aplicación del test de Yesavage a cada uno de los participantes.
- **ENFERMEDAD.** Número de padecimientos que indique cada adulto mayor en el cuestionario de aplicación.
- **AUTOMEDICACION.** Identificación del número fármacos sin prescripción médica utilizados por el en el adulto mayor he indicado en el cuestionario de aplicación.
- **POLIFARMACIA.** Condición que indique el uso simultaneo de cuatro o más medicamentos en el cuestionario de aplicación

8.9 VARIABLES Y ESTILOS DE MEDICION

Variable	Tipo de medición	Escala	Valor o rango
Sexo	Cualitativa	Dicotómica	Femenino/ Masculino
Edad	Cuantitativa	Continua	Años
Estado Civil	Cualitativa	Nominal	Soltero, casado, Unión Libre, Viudo, Divorciado.
Enfermedad	Cualitativa	Continua	Numero de padecimientos
Depresión	Cualitativa	Ordinal	De acuerdo al Test de Yesavage: 0-10 Puntos = Sin depresión. 11-20 Puntos = Depresión leve-moderada. + 20 Puntos = Depresión Severa.
Automedicación	Cualitativa	Dicotómica	Si ó no
Polifarmacia	Cualitativa	Dicotómica	Menos de 4 medicamentos Mas de 4 medicamentos

8.10 METODO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Previa autorización por SIRELCIS, se solicitó autorización correspondiente a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar no. 38 del Instituto Mexicano del Seguro Social para realizar el estudio.

Con la debida información y consentimiento informado, se trabajó con un cuestionario, encuesta para la recolección de las variables socio-demográficas y el Test de Yesavage para Depresión.

En la Sala de espera se solicitó la participación voluntaria de derechohabientes adultos mayores de 60 años, que habían concluido su visita médica, explicándoles las características del estudio y solicitándoles su participación y firma en el formato de consentimiento informado (Anexo 2) prediseñado para tal fin en caso de que aceptaron participar en el estudio.

Se derivó el paciente adulto mayor al módulo de trabajo implementado, donde un médico pasante previamente capacitado explicó y aplicó una encuesta para la recolección de las variables socio-demográficas (Anexo 1) y los instrumentos, Test de Yesavage para Depresión (Anexo 2); que el paciente contestó en forma verbal.

La información obtenida se registró en formato de recolección de datos diseñado para capturar la información resultante de la aplicación de la encuesta (Anexo 3).

Al término del periodo establecido se procedió a la organización, tabulación y análisis de la información obtenida.

8.11 ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Las variables cuantitativas fueron analizadas con las medidas de tendencia central y dispersión como son la moda, media, mediana y desviación estándar.

Las variables cualitativas fueron analizadas mediante porcentajes y se correlacionaron con X^2 . Posteriormente se vaciaron los datos de una hoja de recolección de base de datos del programador estadístico PASW versión 18.0 para PC. Procediendo al análisis de los datos y a la realización de tablas, gráficas para obtener conclusiones y después llegar a una discusión, para poder emitir recomendaciones.

8.12 BIOETICA

El presente estudio cumple con los requisitos de Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. ISBN 92 9036 056 9. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 1993, Ginebra, pp.53-56 y los citados en los artículos 100 en los incisos I al VII y en el artículo 101 de la Ley General de Salud en México.

El estudio se basara en los principios básicos de la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial- Guía de recomendaciones para los médicos Biomédica en personas- Adoptada por la 18 Asamblea Medica Mundial, Helsinki Finlandia. Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Medica Mundial Tokio Japón, Octubre de 1965. La 35 Asamblea Medica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989.

Los procedimientos se ajustan a las Normas Éticas Institucionales contempladas en la Declaración de Helsinki: Modificación en el Congreso de Tokio, Japón en 1983.

En el Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de experimentación en seres humanos, y en el Instructivo para la Operación de la Comisión de Investigación del I. M. S. S.

Este estudio se ajusta a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo tanto se realizará hasta que haya sido aprobado por el Comité Local de Investigación.

El código bioético del médico familiar asume que la dimensión moral de la medicina familiar exige del profesional de esta especialidad un conjunto de actitudes, principios y valores que emana de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica, como integrantes de una familia y de la sociedad en su conjunto.

El médico familiar asume, por su parte, que la relación que establece con las personas que demandan sus servicios ,así como la que debe tener con otros profesionales de la atención a la salud y, en su caso, con quienes se forman bajo su responsabilidad para el desempeño de la medicina familiar y de la investigación en el área se fundamenta, en principio, en el respeto a la dignidad humana, entendida como la condición del hombre que lo caracteriza como un ser racional, afectivo y volitivo con facultades y capacidades que lo diferencian de los demás seres de la biosfera.

El médico familiar adquiere así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad; con la formación de profesionales de la Medicina Familiar; con el desarrollo del conocimiento propio de esta especialidad, así como con sus colegas y demás profesionales de la atención a la salud, en el marco de un auténtico humanismo.

9. RESULTADOS

De acuerdo a la edad se obtuvo una media de 70.23 con desviación estándar de 6.751, edad mínima de 60 y máxima de 87 en un total de 161 pacientes encuestados adultos mayores.

Tabla 01. Distribución de acuerdo a la edad.

EDAD	
MEDIA	70.23
MODA	70
MEDIANA	70.00
DESVIACIÓN ESTANDAR	6.751
RANGO	29
MÁXIMA	87
MÍNIMA	60

Fuente: Encuesta cuestionario de recolección de datos

Del total de paciente adultos mayores encuestados por grupos de edad se encontró predominio en el rango de 66 a 70 años con un 29.2%. Este grupo predominó sin depresión con 21.1%; para el grupo con depresión dominó el de 60 a 65 años con 13.0%. El total de la muestra domina sin depresión con el 62.7%.

Tabla.02 Distribución por grupos de edad

Grupo de edad (en años)	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
	n	%	n	%	n	%
60 - 65	23	14.3	21	13.0	44	27.3
66 - 70	34	21.1	13	8.1	47	29.2
71 - 75	21	13.0	18	11.2	39	24.2
76 - 80	15	9.3	4	2.5	19	11.8
80 y Más	8	5.0	4	2.5	12	7.5
Total	101	62.7	60	37.3	161	100

Fuente: Encuesta cuestionario de recolección de datos

X² De Pearson = 4.47

La muestra se integró con 161 pacientes de los cuales el 50.9% se presentaron sin polifarmacia; en 55 pacientes sin Polifarmacia (34.2%) no se halló depresión; en 33 personas con Polifarmacia (20.5%) si se encontró depresión. Se identificó un valor de **P=0.246**, por lo que no hay diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la asociación de la polifarmacia con la depresión.

Tabla 03. Distribución de la polifarmacia

Polifarmacia	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin Polifarmacia	55	34.2	27	16.8	82	50.9
Con Polifarmacia	46	28.5	33	20.5	79	49.1
Total	101	62.7	60	37.3	161	100

Fuente: Encuesta cuestionario de recolección de datos

X² De Pearson = 1.347
P=0.246

Del número de enfermedades mas frecuente hallado es de 2 en 42 paciente (26.1%), donde 28 personas (17.4%) se identificaron sin depresión y con respecto al número de 3 enfermedades (24.2%) se encontró depresión en 17 adultos mayores (10.6%). Hallamos un valor de **P=0.334** que no traduce diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la distribución por número de enfermedades.

Tabla 04. Distribución por número de enfermedades

Numero de Enfermedades	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 Enfermedades	8	5.0	1	0.6	9	5.6
1 Enfermedad	25	15.6	12	7.4	37	23.0
2 Enfermedades	28	17.4	14	8.7	42	26.1
3 Enfermedades	22	13.6	17	10.6	39	24.2
4 Enfermedades	11	6.8	12	7.5	23	14.3
5 Enfermedades	6	3.7	4	2.5	10	6.2
6 Enfermedades	1	0.6	0	0.0	1	0.6
Total	101	62.7	60	37.3	161	100

Fuente: Encuesta cuestionario de recolección de datos

X² De Pearson = 6.761
P=0.334

De la automedicación, se encontró que 136 paciente (84.5%) negaron participar en la automedicación, en 84 pacientes (52.2%) no se encontró depresión; en 52 individuos (32.3%) se identifico depresión. Se reporta un valor de **P=0.553**, sin diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la distribución por automedicación.

Tabla 05. Distribución de conforme a la automedicación

Automedicación	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
	n	%	n	%	n	%
No	84	52.2	52	32.3	136	84.5
Si	17	10.5	8	5.0	25	15.5
Total	101	62.7	60	37.3	161	100

Fuente: Encuesta cuestionario de recolección de datos

X² De Pearson = 0.351

P=0.553

Con respecto al género, se encontró un predominio de las mujeres con un total de 88 y que corresponde al 54.6% en comparación con los hombres (45.3%). El género femenino (32.3%) impero sin depresión, en comparación con el masculino (30.4%); con depresión leve destacó el género femenino (19.3%) respecto del masculino (12.4%); con depresión severa resaltó el femenino con un 3.1% en proporción a los hombres (2.5%). Encontramos un valor de $p=0.553$ lo que nos indica que no hay diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la relación de depresión y género.

Tabla 06. Distribución por género.

GÉNERO	Grado de Depresión						Total	
	Sin Depresión		Leva a Moderada		Severa			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	52	32.3	31	19.3	5	3.1	88	54.7
Masculino	49	30.4	20	12.4	4	2.5	73	45.3
Total	101	62.7	51	31.7	9	5.6	161	100

Fuente: Encuesta cuestionario de recolección de datos

X^2 De Pearson = 1.186
P=0.553

Tomando en cuenta el estado civil, se encontraron 109 pacientes casados (67.7%); 73 personas casados no presentaron depresión (45.3%) y 36 (22.4%) si reflejaron depresión. Se encontró un valor de **p=0.235**, lo que deduce no diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la distribución en determinación al estado civil.

Tabla 07. Distribución de acuerdo al estado civil

Estado Civil	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
	n	%	n	%	n	%
Soltero	4	2.5	1	0.6	5	3.1
Casado	73	45.3	36	22.4	109	67.7
Divorciado	1	0.6	2	1.2	3	1.8
Viudo	20	12.4	16	10.0	36	22.4
Unión Libre	3	1.9	5	3.1	8	5.0
Total	101	62.7	60	37.3	161	100

Fuente: Encuesta cuestionario de recolección de datos

X² De Pearson = 5.5
P= 0.235

En cuanto a la ocupación, predominaron las labores de hogar en 85 pacientes (52.8%), revelando 53 personas sin depresión (32.9%) y 32 con depresión (19.9%). Hallamos un valor de **P=0.090**, que no traduce diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la distribución por ocupación.

Tabla 08. Distribución de acuerdo a la ocupación

Ocupación	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
	n	%	n	%	n	%
Desempleado o Pensionado	20	12.4	15	9.4	35	21.8
Labores del Hogar	53	32.9	32	19.9	85	52.8
Campesino	15	9.3	12	7.4	27	16.7
Otros	13	8.1	1	0.6	14	8.7
Total	101	62.7	60	37.3	161	100

Fuente: Encuesta cuestionario de recolección de datos

X² De Pearson = 6-5
P=0.090

En relación al consumo de café, 137 adultos mayores manifestaron no consumirlo (85%), y en 87 personas (54%) no se halló depresión, mientras que en 50 pacientes si se encontró depresión (31%). Observamos un valor de **P=0.629**, que no traduce diferencia estadísticamente significativa en cuanto al consumo de café.

Tabla 09. Distribución de acuerdo al consumo de café

Consumidores de café	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
	n	%	n	%	n	%
No Consumen	87	54.0	50	31.1	137	85.1
Si Consumen	14	8.7	10	6.2	24	14.9
Total	101	62.7	60	37.3	161	100

Fuente: Encuesta cuestionario de recolección de datos

X² De Pearson = 0.234
P=0.629

Respecto al hábito del tabaquismo, 142 pacientes (88.2%) manifestaron no fumar; 88 personas se hallaron sin depresión (54.6%) y en 54 individuos si se identifico depresión (33.6%). Se obtuvo un valor de **P=0.585**, mismo que no revela diferencia estadísticamente significativa en cuanto al hábito tabáquico.

Tabla 10. Distribución de acuerdo al hábito de tabaquismo

Tabaquismo	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
	n	%	n	%	n	%
No Fuman	88	54.6	54	33.6	142	88.2
Si Fuman	13	8.1	6	3.7	19	11.8
Total	101	62.7	60	37.3	161	100

Fuente: Encuesta cuestionario de recolección de datos

X² De Pearson = 0.298
P=0.585

Del consumo de alcohol, se encontró que 151 pacientes (93.8%) negaron su consumo; en 94 pacientes no consumidores (58.4%) no se identificó depresión, y en 57 con consumo negativo (35.4%) se halló depresión. Obtuvimos un valor de **P=0.553**, mismo que no traduce diferencia estadísticamente significativa en cuanto al consumo de alcohol.

Tabla 11. Distribución de acuerdo al consumo de alcohol

Consumo de Alcohol	Sin Depresión		Con Depresión		Total	
	n	%	n	%	n	%
Negativo	94	58.4	57	35.4	151	93.8
Positivo	7	4.3	3	1.9	10	6.2
Total	101	62.7	60	37.3	161	100

Fuente: Encuesta cuestionario de recolección de datos

X² De Pearson = 0.241
P=0.553

10. DISCUSION

En nuestro país, aunque el anciano es más frágil después de los 75 años de edad, habrá que considerar que la mayoría de los sujetos estudiados tuvo entre 66 y 70 años de edad, con edad promedio de 70 años, valores muy similares al grupo de 60 a 69 años con edad promedio de 68 años para este tipo de población en México y Querétaro, según el censo poblacional del 2000 *De León A R (2009)*, buscando la asociación del deterioro cognitivo con los factores socioeconómicos, enfermedades y polifarmacia.

La depresión identificada en nuestra muestra con respecto a la edad, correspondió al 13% (n=21) para el grupo de edad de 60 a 65 años. El resultado superaría al 19,7%, del estudio realizado por *Urbina T JR et al (2002)*, investigando la prevalencia de síntomas depresivos en personas mayores de 64 años; esto si se incluye al grupo el de 66 a 70 años, que represento el 8.1% (n=13), resultando en un 21.1% (n=34). Quedaría aún pendiente investigar si la confirmación del diagnóstico de depresión y el tratamiento específico disminuyen el nivel de polifarmacia *Granados P et al (2003)*.

La polifarmacia fue positiva en 49.1% (n=79) de los sujetos estudiados, muy cercana al 50.9% (n=82) de individuos que dieron resultado negativo. La depresión fue inferior en la muestra sin polifarmacia con un 20.5% (n=33), mientras que el 34:2% (n=55) no reportaron depresión ni polifarmacia. La polifarmacia identificada en nuestro estudio es superior a la identificada por *Alvarado O M et al (2004)*, mediante estudio transversal y análisis multivariado de regresión logística en una muestra de 311 adultos mayores, quienes hallaron una prevalencia de 18%. Estudios de *Frutos B E et al (2011)*, analizan la submuestra(n = 458) de la Encuesta Nacional de Salud 2006, correspondiente a adultos mayores residentes en Castilla y León de España respecto a la ingesta de fármacos, mediante un modelo de regresión logística y un análisis factorial de correspondencias; el 86% manifestó haber consumido algún medicamento y el 20,6% de los ancianos consumía cuatro o más fármacos. Contrariamente en nuestro estudio los ancianos policonsumidores de medicamentos fueron inferiores a los hallados por *Velázquez P MGL et al (2010)*, mediante estudio transversal en 150 pacientes con análisis de frecuencias, donde la prevalencia de polifarmacia fue del 66.7%. Son sensiblemente cercanos a estudios similares realizados por *Castelo et al (2005)*, en estudio transversal de prevalencia mediante muestreo aleatorio simple sobre 214 ancianos, reportándose una prevalencia del 54.2%; Para *Velasco S V et al (2010)*, en estudio observacional, transversal en 3.486 pacientes mayores de 65 años, analizados mediante distribución de porcentajes y de medias, observan que 56,3% de pacientes consume entre 6 y 8 principios activos;

La automedicación en nuestra muestra, revelo que 84.5% (n=136) negaron autoprescripción de medicamentos, mientras que el 15.5% (n=25) si lo aceptaron. Resultados que contrastan con lo estudiado por *Baena D JM et al, (2007)* en una revisión de la literatura sobre los temas de medicación, caídas, valoración

funcional y demencias, encontraron que la automedicación llega a afectar hasta el 80% de los ancianos.

Analizando el número de enfermedades más frecuente en los adultos mayores estudiados, correspondió a uno 23.0% (n=37), dos 26.1% (n=42) y tres padecimientos 24.2 % (n=39), siendo el mayor porcentaje para dos patologías. En lo concerniente a la depresión positiva, la mayor frecuencia se dio en sujetos con tres enfermedades para un 10.6% (n=17). Los que no presentaron depresión correspondió al grupo de dos padecimientos con el 17.4% (n=28). El valor de $P=0.334$ no traduce diferencia estadísticamente significativa para relacionar este número de patologías con la depresión. Los resultados obtenidos para síntomas depresivos relacionados con las comorbilidades son inferiores a los hallados por *Urbina T JR et al, (2002)*, en estudio descriptivo transversal mediante encuesta, aplicado a un muestra de 417 adultos mayores, donde la prevalencia de síntomas depresivos fue del 19,7%, observando que la prevalencia de síntomas depresivos fue mayor en el medio rural y más frecuente en personas que tenían comorbilidad.

En nuestra muestra predominó el género femenino con un 54.7% (n=88) en comparación con el 45.3% de hombres (n=73). Nuestro estudio revela superioridad del género femenino para depresión en relación a los hombres con un 19.3% para depresión leve y un 3.1% para depresión severa. Estos resultados concuerdan con lo descrito en la literatura respecto a que el género femenino está considerado como factor de riesgo junto con la edad para la depresión y polifarmacia; según estudios de *Granados P et al (2003)*, en estudio de casos y controles, estiman la prevalencia de síntomas depresivos en ancianos; sus resultados apoyan la asociación del sexo femenino con la polifarmacia con predominio dicho género en su muestra. *Peña Solano DM et al (2009)*, al realizar una revisión electrónica de la literatura sobre estudios clínicos concernientes a la epidemiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la depresión, hallaron que entre los factores de riesgo significativos para depresión en ancianos predomina el género femenino. Es conocido como la esperanza de vida de las mujeres adultas mayores es superior a la de los hombres, por lo que la exposición a factores agresivos del medio y las enfermedades se presenta con mayor frecuencia. Es importante subrayar que la prevalencia de depresión no es una alteración inherente a la vejez, es determinada en gran medida por las condiciones de vida de cada población siendo factores determinantes, ya que en los países desarrollados la prevalencia es menor del 15 al 20% (*Martínez M JA et al, 2003*).

En lo que respecta al estado civil de la muestra, el 67.7% (n=109) resultaron estar casados, encontrándose un 22.4% con depresión (n=36), contra el 45.3% (n=73) que cursaron sin depresión e indicaron estar casados. Este resultado apoya otros estudios como el que arroja la “*Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento*” (SABE) en 1999 en nuestro país, y que se puede analizar desde la perspectiva de género, es que un porcentaje marcadamente mayor de los hombres viven con pareja: 37% de hombres de 70-79 años vs 15% de mujeres de la misma edad y 31% de hombres versus 8% de mujeres mayores de 80 años. El 17% de las mujeres mayores de 80 años viven solas, comparado con 13% de los hombres.

(Gorete R M et al, 2009), en estudio descriptivo correlacional sobre depresión en la población mayor, describen que la mayoría está casada (53%) pero hay un 37% de viudos. En el estrato de 65-74 años hay más hombres casados y más viudas; en el grupo de 75-84 años predominan los casados, tanto hombres como mujeres. Según la literatura, el estar casado puede ser un factor protector para la depresión y polifarmacia, situación que en nuestros resultados apoyaría dicho factor derivado de que la muestra es ciento por ciento rural donde predomina la familia como institución. Las personas que viven solas o con personas no cercanas al núcleo familiar (sobrinos, ahijados, etcétera) se deprimen más que quienes cuentan con apoyo familiar más cercano. No es lo mismo dar un tratamiento a un anciano que vive en familia, bien apoyado socialmente, que otro que viva solo o con un cónyuge mayor. Si el adulto mayor cuenta con el apoyo necesario se puede prevenir sentimientos tan negativos como la soledad y la tristeza que lo pueden conducir a la depresión, en especial en aquellos que han perdido la capacidad de valerse por sí mismos. Es el caso de nuestros adultos mayores analizados, que aún viven con pareja (casados) y por tanto en menor riesgo de deprimirse.

En el ámbito laboral, predominaron las labores en el hogar como ocupación con un 52.8% (n=85), siendo una actividad casi exclusiva del género femenino por razones culturales. La ocupación en las labores del hogar contrasta con lo reportado en la “Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento” (SABE) en 1999 en nuestro país, que evidencia el 75% de las mujeres estuvo incorporada a la vida laboral, observándose una diferencia de casi 10 puntos porcentuales entre el grupo de 60 a 69 comparado con el de 80 y más. Son inferiores a los estudiados (Reyes A V et al, 2007) en la comunidad de Tlaxialtemalco, México D.F., mediante estudio transversal, descriptivo en 414 personas de 60 años y más, que identifican el 34.8% trabaja en el hogar y 75.4% no cuenta con trabajo remunerado, 74.1% o no recibe pensión por jubilación y 47.8% y percibe menos de un salario mínimo

En relación al consumo de café, 85% (n=137) de adultos mayores manifestaron no consumirlo); el 54% de los no consumidores (n=87) no manifestó depresión, mientras que en 31% (n=50) pacientes si se halló depresión. Estos resultados contrastan con resultados obtenidos por Reyes A V et al (2007), identificando en el 57.9% de los estudiados consumo de café.

Del tabaquismo, 88.2% (n=142) pacientes manifestaron no fumar; 11.8% (n=19) aceptaron haber consumido tabaco. Este resultado del hábito tabáquico supera al obtenido por Reyes A V et al (2007), donde el 9.7% de la muestra estudiada fuma. Al relacionar dicho hábito con la depresión se obtuvo 54.6% (n=88) sin depresión y en 33.6% (n=54) si se identificó depresión.

Para el consumo de alcohol 93.8% (n=151) negaron su utilización y sólo el 6.2% (n=10) aceptaron consumirlo. Este valor contrasta con los resultados de consumo del 17.3% que si lo consumen, hallado por Reyes A V et al (2007).

11. CONCLUSIONES

En nuestro estudio la edad promedio fue de 70 años y uno de cada tres pacientes tuvo 70 años. El género femenino predominó al igual que en la mayoría de los estudios realizados en ancianos. La mayor población de adultos mayores se ubicó dentro del rango de 60 a 75 años, dominando el grupo de 66 a 70 valores muy semejantes a los obtenidos en estudios realizados en nuestro país.

La depresión en nuestros resultados confirma los resultados de publicaciones previas con respecto a que la depresión predomina en el sexo femenino; ya que en nuestro universo estudiado 62.7% no tuvo depresión; la depresión identificada fue dominada por las mujeres, predominando en ellas la depresión leve a moderada con un 19.3% y sólo un 3% para la severa.

En nuestra investigación hubo presencia de depresión en el adulto mayor, pero, esta no fue estadísticamente significativa, por lo que no se pudo demostrar la presencia de depresión asociada a la polifarmacia en el adulto mayor, obteniendo una diferencia estadísticamente no significativa ($\chi^2=1.347$, $p=0,246$).

La comorbilidad observada se explica como factor no relevante para depresión y por tanto para el consumo de medicamentos y así desarrollar la polifarmacia, ya que en comorbilidad hallada tan sólo predomina en el rubro de una dos y tres enfermedades con una frecuencia de 23.0%, 24.2% y 26.1% respectivamente.

Si la comorbilidad no se revela como problemática en nuestros resultados tampoco el consumo inadecuado de medicamentos (automedicación) lo es, situación que en nuestra población no presenta significancia estadística, tal vez como reflejo de ser una muestra de población netamente rural en la que las familias aun contemplan al anciano como portador de sabiduría y autoridad y por tanto este se siente cobijado dentro del seno familiar, disminuyendo la posibilidad de somatizar y así menor uso de medicamentos.

Siendo dominante el género femenino y que la mayoría de los gerontes estudiados aun cuenta con pareja, es justificable que predominen las labores de hogar como principal fuente de ocupación observándose que la depresión se incrementa al ser desempleado o pensionado en relación a otras actividades. El hábito de consumo de sustancias psicoactivas como el café, alcohol y tabaquismo parecen no influir en la manifestación de síntomas depresivos.

Este estudio reveló que la mayoría de los adultos mayores fueron casados en un 67.7%; resultado que podría sugerir que el estar casado actuaría como factor protector para no padecer depresión según la frecuencia de depresión hallada en nuestros gerontes estudiados y confirma lo enunciado en estudios previos respecto de los factores protectores para la depresión.

12. REFERENCIAS

1. Urbina T JR, Flores M JM, García S MP, Torres B, Torrubias F RM. **Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados.** Guadalajara, España Gac Sanit 2007; 21(1):37-42.
2. Granados P JA, Peralta P MA, Munguía M C, López C JM, Ávila-LA, Rodríguez M R. **Síntomas depresivos como factor de riesgo para polifarmacia en pacientes mayores de 60 años.** Gac Méd Méx 2007; 143 (4):285-289.
3. Peña SDM, Herazo DDI, Calvo GJM. **Depresión en ancianos.** Rev Fac Med 2009; 57(4):347-355.
4. Reyes M H, Vladislavovna D S, García G JJ, Espinoza A A, Jiménez U R, Peña V A, Mendoza N VM. **Guía para la evaluación gerontológica integral.** Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47(3):291-306.
5. Peralta P MA, Lagunes E AL, Cruz A A, Juárez C Ta, Rodríguez M R, López C JM, Munguía M C. **Frecuencia de síntomas de ERGE en el adulto mayor.** Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45(5):447-452.
6. De León A R, Milián S F, Camacho CN, Arévalo C RE, Escartín Ch M. **Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor.** Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47(3):277-284.
7. Reyes Audiffred V, Sotomayor Sánchez SM, González Juárez L. **Conductas relacionadas con la salud del adulto mayor en una comunidad suburbana del D.F.** Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15(1):27-31.
8. Villagordo M J. **Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México.** Rev Endoc y Nut 2007; 15(1):27-31.
9. Wilson E LI-K, Sánchez R MA, Mendoza N VM. **Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores.** Rev Fac Med UNAM 2009; 52(6):244-247.
10. Gorete R M, Gonçalves S CM, Longino F T. **Depresión (Humor deprimido) en los mayores residentes en la comunidad.** Madeira Portugal. GEROKOMOS 2009; 20(3):123-126.
11. Martínez M JA, Martínez O VA, Esquivel M GE, Velasco R VM. **Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado.** Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45(1):21-28.
12. Tamayo JM, Rosales B JI, Villaseñor B SJ, Rojas M C. **Definición e impacto de las depresiones resistentes/refractarias al tratamiento.** Salud Mental 2011; 34(3):247-255.
13. Castelo D R, Cano G P, Pérez C S. **Prevalencia de polifarmacia en mayores de 80 años.** Farmacéutica de Atención Primaria Cambados Pontevedra 2006; (3)4:69-73.
14. García H LR, Carballo E RR, Aquey H MB, Hernández A A, Corzo P A. **Caracterización de los adultos mayores con polifarmacia en la consulta de Geriatría.** GEROINFO 2010; 5(1):1-13.
15. Velázquez P MGL, Gómez G. **Frecuencia y factores asociados al empleo de polifarmacia en pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias.** Arch Med Urg Méx 2011; 3(2):49-54.

16. Raza H. **ARMOR: A Tool to Evaluate Polypharmacy in Elderly Persons.** Annals of Long-Term Care 2009; (6):1-5.
 17. Alvarado O M, Mendoza N VM. **Prevalencia y factores de riesgo para polifarmacia en adultos mayores del Valle Mezquital Hidalgo.** Rev Mex Cienc Farmac 2006; 37(4):12-20.
 18. Lozano C A. **Dolor y fármacos en la vejez.** Rev Fac Med UNAM 2009; 52(4):161-164.
 19. Badillo BU. **La prescripción en el anciano: cuidado con la polifarmacia y los efectos adversos .** Rev Hosp Jua Mex 2005; 72(1):18-22.
 20. Frutos B E, Martín C JC, Galindo V. **Factores asociados a la polifarmacia en población anciana no institucionalizada.** Rev Esp Geriatr Gerontol 2011; 46(6):303-306.
 21. Velasco S V et al. **Análisis de las interacciones medicamentosas en población extrahospitalaria mayor de 65 años.** SEMERGEN Med Fam 2011; 37(5):233-237.
 22. Gómez P J, __, González G P, Francés R I, Vidán A M, Gutiérrez R J, Jimenez DG, Montero F NP, Álvarez F B, Jiménez P JM. **Recomendaciones en la prevención de reacciones adversas a medicamentos en personas mayores con demencia.** Rev Esp Geriatr Gerontol 2010; 45(2):89-96.
 23. Baena D JM, Gorroñoitia I A, Martín L I, De Hoyos A MC, Luque S A, Litago G C, De Alba R C. **Actividades preventivas en los mayores.** Aten Primaria 2007; 39(3):109-22.
 24. Pedrós Ch C, Arnau D-B JM. **Interacciones farmacológicas en geriatría.** Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43(4): 261-3.
 25. Arriagada R L, Jiron A M, Ruiz A I. **Uso de medicamentos en el adulto mayor.** Rev Hosp Clin Univ Chile 2008; (19):309-317.
 26. Rozenfeld S R, Fonseca M J M, Acurcio F A. **Drug utilization and polypharmacy among the elderly in Brazil.** Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2008; 23(1):34-43.
-

13. ANEXOS

ANEXO 1

ANONIMO: _____
 EDAD: _____
 SEXO: _____
 ESTADO CIVIL: _____
 OCUPACIÓN: _____
 NUMERO DE ENFERMEDADES: _____
 AUTOMEDICACION: _____
 NUMERO DE FARMACOS _____

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE (VERSION 30 ITEMS)		
1.- ¿Esta básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2.- ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3.- ¿Siente que su vida esta vacía?	SI	NO
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
5.- ¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO
6.- ¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	SI	NO
7.- ¿Tiene a menudo buen animo?	SI	NO
8.- ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI	NO
9.- ¿Se siente feliz muchas veces?	SI	NO
10.- ¿Se siente a menudo abandonado?	SI	NO
11.- ¿Esta a menudo intranquilo o inquieto?	SI	NO
12.- ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
13.- ¿Frecuentemente esta preocupado por el futuro?	SI	NO
14.- ¿Encuentra que tiene mas problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
15.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
16.- ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI	NO
17.- ¿Se siente bastante inútil en el medio que esta?	SI	NO
18.- ¿Esta muy preocupado por el pasado?	SI	NO
19.- ¿Encuentra la vida muy estimulante?	SI	NO
20.- ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI	NO
21.- ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
22.- ¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
23.- ¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?	SI	NO
24.- ¿Frecuentemente esta preocupado por pequeñas cosas?	SI	NO
25.- ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI	NO
26.- ¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	NO
27.- ¿Se siente mejor por las mañanas al levantarse?	SI	NO
28.- ¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI	NO
29.- ¿Es tan fácil para usted tomar decisiones?	SI	NO
30.- ¿Su mente esta tan clara como lo acostumbraba estar?	SI	NO
UN PUNTO POR CADA RESPUESTA SOMBREADA		
TOTAL PUNTOS= _____		

TOTAL PUNTUACION	INTERPRETACION
0 A 10 PUNTOS	NO DEPRESION
11 A 20 PUNTOS	PRESENCIA DE DEPRESIÓN LEVE-MODERADA
20 Y MAS PUNTOS	PRESENCIA DE DEPRESIÓN SEVERA

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICA EN SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente ACEPTO participar en el protocolo de investigación titulado:
“**ASOCIACION DE DEPRESION CON LA POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 38 DEL IMSS EN PALMAR DE BRAVO DEL ESTADO DE PUEBLA**” Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación Científica con el No. _____

El objetivo de este estudio es: Determinar Depresión y la Funcionalidad Familiares en los adultos mayores que cursan con enfermedad crónico degenerativa.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar de forma verbal o escrita un cuestionario que contenga mis datos personales, y otro para medir la Funcionalidad Familiar así mismo se me interrogara para poder diagnosticar la presencia de Depresión por medio de la escala de YESAVAGE.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre el estudio y que éste no representa ningún riesgo, inconveniente, molestia ni beneficio derivados de mi participación en el mismo.

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 responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del cuestionario que se llevará a cabo, así como 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 del Instituto.

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

Si se encuentra con algún grado de depresión el paciente se canalizara al servicio correspondiente.

Nombre y firma del sujeto
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas, o preguntas relacionadas con el estudio. --2229655386o con Dr. Pazaran Zanella Santiago Oscar tel. 2224356886

Investí. Resp. DR. SANTIAGO O. PAZARAN ZANELLA

Testigo Nombre y Firma

Testigo Nombre y Firma

ANEXO 3
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

No PGR	SEXO	EDAD	EDO. CIVIL	GRADO DEPRESION (ESCALA YESAVAGE)	AUTOMEDICACION		NUMERO DE ENFERMEDADES	POLIFARMACIA	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									