



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

TESIS

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON
POLIFARMACIA EN LA UMF 28 DEL IMSS EN EL DISTRITO FEDERAL.

PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTA:
DRA. FABIOLA ÁLVAREZ MONTERO

ASESOR:
DRA. YAZMIN ZACATE PALACIOS
DR. JESÚS MAYA MONDRAGÓN

MÉXICO D.F.

ABRIL 2015.



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.

Autorización

Vo.Bo Dr. Benjamín Acosta Cázares.

Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología.

Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.

Vo. Bo. Dr. Jesús Maya Mondragón.

Coordinador de Programas Médicos de Salud de la Unidad de Atención Primaria en Salud.

Vo. Bo. Dra Yazmin Zacate Palacios.

Jefa de la División de Epidemiología del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo

Sepúlveda Gutiérrez” de Centro Médico Nacional SXXI.

Dedicatoria

A Dios

A Dios por haberme permitido terminar y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis maestros.

Dr. Jesús Maya Mondragón y Dra. Yazmin Zacate Palacios por su gran apoyo y motivación para la culminación nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Facultad de Medicina por permitirme ser parte de esta máxima casa de estudios y por formarme como gente productiva para mi país, en donde actualmente la exigencia es de una mejor preparación médica.

INVESTIGADORES ASOCIADOS:

Dr. Jesús Maya Mondragón

Unidad de Atención Primaria a la Salud (Nivel Central). Médico Familiar, Médico Cirujano, Especialidad Psiquiatría, Maestro en Paidopsiquiatría, Maestro en Investigación Clínica, Maestro en Salud Pública y Epidemiología. Insurgentes Sur 253, 7º Piso. Col. Roma, Delegación Cuauhtémoc, México. DF. Teléfono conmutador: 55141674, extensión 15657, RV: 860015657, correo: jesus.maya@imss.gob.mx

Dra. Yazmin Zacate Palacios

Médica Epidemióloga, Jefa de la División de Epidemiología del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Centro Médico Nacional SXXI. Av. Cuauhtémoc 303 Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc TEL: 56276900 EXT: 21456 correo: yazmin.zacate@imss.gob.mx

Contenido

	Pág.
I. Marco Teórico	8
II. Justificación	15
III. Planteamiento del problema	16
IV. Objetivos	17
V. Hipótesis de trabajo	17
VI. Material y métodos	18
VII. Aspectos éticos	27
VIII. Resultados	29
IX. Discusión	33
X. Conclusiones	36
XI. Bibliografía	37
XII. Anexos	41

Álvarez Montero F, Zacate Palacios Y, Maya Mondragón J. Prevalencia de depresión en el adulto mayor y su relación con polifarmacia en la UMF 28 del IMSS en el Distrito Federal.

RESUMEN.

Introducción: La polifarmacia, se define como el uso concomitante de 3 ó más medicamentos de acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS), siendo un problema de salud pública, relacionada con un incremento en la mortalidad y morbilidad y un uso mayor de recursos sanitarios.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la depresión en el adulto mayor y su relación con polifarmacia.

Material y Métodos: Se realizó un estudio no experimental, analítico, transversal, durante el periodo de mayo - agosto de 2014. El tamaño mínimo de muestra fue 422 adultos \geq 60 años, a quienes se les aplicó un cuestionario que incluyó variables sociodemográficas, escala de depresión de *Yesavage*, *Fagerstrom* para consumo de tabaco, AUDIT para consumo de alcohol, el número de medicamentos que consumía, las comorbilidades o enfermedades crónicas que presentaron. En el análisis estadístico se obtuvieron, frecuencias simples, medidas de tendencia central y dispersión. Se aplicaron pruebas de X^2 y Exacta de *Fisher*. Se obtuvieron razones de momios de prevalencia (RMP) con intervalos de confianza al 95% (IC_{95%}), por medio de un modelo de regresión.

Resultados: La muestra se integró de 422 adultos mayores, de los cuales el 62.6% (264) fueron mujeres y el 37.4% (158) hombres, el promedio de edad fue de 72.7 ± 8.3 años con un rango de 60 a 98 años de edad; en cuanto a su estado civil el 53.1% (224) son solteros y el 46.9% (198) casados, por su grado de escolaridad encontramos que el 39.3% (166) tiene primaria, el 20.6% (87) licenciatura y más, el 19.9% (84) de preparatoria o carrera técnica, el 10.7% (45) no tiene ningún grado de educación. En relación a la religión la población refirió ser católica en un 82.2% (347), mientras que el 12.6% (11) no profesó ninguna religión. En cuanto a la convivencia de los pacientes se observó que el 33.2% (140) refirió vivir con su

cónyuge, el 30.6% (129) solo, el 25.1% (106) con sus hijos y el 11.1% (47) con otros familiares.

La prevalencia global de polifarmacia fue de 47%; en mujeres de 82.58%; en el grupo de edad de 60-64 años el 80.0% refirió polifarmacia, mientras que en el grupo de 76-80 años el 73.81 % la presentó; de acuerdo al grado de depresión, la polifarmacia fue referida en 96.0 % a 100% de los pacientes, mientras que la prevalencia de depresión global de depresión fue 41%.

Al analizar la asociación de los factores de riesgo con la presencia de polifarmacia se identificó que el ser mujer (RM= 1.5; IC_{95%} 0.92, 2.43) representa el 50% de probabilidad de tener polifarmacia; en cuanto al nivel socioeconómico, el pertenecer al status alto (RM= 0.38; IC_{95%} 0.20, 0.72) representa el 38% de probabilidad de no tener polifarmacia. El vivir con los hijos (RM=42.9; IC_{95%} 18.59, 99.11) representó 43 veces más probabilidad de no presentar polifarmacia en comparación con vivir solo. Por otra parte, el tener depresión leve (RM= 23.61; IC_{95%} 5.68 98.20) y moderada (RM=11.80; IC_{95%} 2.80, 49.78) representó casi 24 y 12 veces mayor probabilidad de tener polifarmacia, respectivamente.

Conclusiones: Se identificaron los factores de riesgo para polifarmacia, entre los más significativos el bajo nivel socioeconómico y la escolaridad, vivir solo, pertenecer al sexo femenino y el estado civil soltero, así como, la presencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión, manifestaciones somáticas y psicósomáticas de la depresión. Se identificó que el tabaquismo con prevalencia de 12.1% en el estudio y el uso excesivo de bebidas alcohólicas se asocian con mayor consumo de medicamentos. También se identificó que la prevalencia de polifarmacia en los adultos mayores fue más elevada (47.0%) al estar asociada a depresión. Por otra parte, se identificaron factores de protección para evitar el riesgo de polifarmacia, como son: estar casado, pertenecer a un nivel socioeconómico alto, ser referido por el médico de primer nivel al especialista.

Marco Teórico

El envejecimiento poblacional, se define como el aumento de la proporción de personas adultas mayores, con respecto al total de la población, es uno de los logros más importantes de la especie humana en el último siglo, y la proporción de personas que tienen 60 años y más está creciendo con más rapidez que ningún otro grupo de edad. ⁽¹⁾

En la actualidad el mundo enfrenta un gran reto: el incremento de la población de personas mayores de 60 años, conocido como el “boom de los adultos mayores”, por lo cual se espera que para el año 2050, uno de cada cinco habitantes de la Tierra tenga más de 60 años; es decir, dentro de cuatro décadas la población de ancianos se cuadruplicará. El cambio será radical, ya que en año 2000 había 600 millones de ancianos y cinco decenios después habrá 2,000 millones, que representarán el 30% de la población total que alcanzará la cifra de 9,300 millones, con disminución significativa de la tasa de crecimiento global. Al respecto al empezar el nuevo milenio el planeta estará habitado por 6,100 millones de seres humanos, y los ancianos apenas constituían el 10% de esta población. Esta situación es más notoria en los países desarrollados, donde las personas adultas mayores llegan a constituir más del 15% de la población total. En la actualidad se estima una población mundial de más de 600 millones de personas de más 60 años. Se ha calculado que en el año 2000 se rebasaron los 620 millones, de los cuales más de la mitad habitada en los países en desarrollo. ⁽²⁾

Esta situación es más notoria en los países desarrollados, donde las personas adultas mayores llegan a constituir más del 15% de la población total. En la actualidad se estima una población mundial de más de 600 millones de personas de ≥ 60 de años. Se ha calculado que en el año 2000 se rebasaron los 620 millones, de los cuales más de la mitad habitada en los países en desarrollo. ⁽²⁾

En México se ha podido constatar este impacto en los últimos 30 años, al encontrar incremento en la expectativa de vida al nacer, que en la década de 1970 era de 62 años, en el 2000 llegó a 75.3 años y se espera que en 2030 alcance los 82 años como mínimo; en

2002, la expectativa de vida para los varones en México se calculó en 73.7 años, mientras para las mujeres alcanzó 72.8 años en promedio, y la población de viejos en México podrá ser entonces de 15 millones ⁽³⁾

Actualmente hay poco más de 10.1 millones de ancianos, lo que representa 9.1% de la población total, pero en 2030 el porcentaje de ancianos será de 20%, es decir, que se duplicará, pero sin incremento significativo del número total de habitantes, debido a la disminución de las tasas de natalidad que se espera lleguen a ser menores a 1.5%, continuando con la disminución de las tasas de mortalidad materno-infantil. Para el año 2050 se proyecta que un total de 129 592 522 de mexicanos, aproximadamente 36 222 237 sean mayores de 60 años de edad. Un fenómeno que es importante mencionar es el aumento en la población de adultos mayores, incluyendo la presencia de centenarios, grupo que antes era inexistente. ⁽⁴⁾

En el IMSS la población de adultos mayores (AM) es de 6, 749,767 millones correspondiente (64.2%) de la población adulta mayor reportada por el INEGI. ⁽⁴⁾

Por otra parte, a partir de la década de 1960 se inició en México la etapa de transición demográfica y epidemiológica, con disminución de las tasas de mortalidad infantil, lo que tuvo como consecuencia que se iniciara el aumento de la población de ancianos y el cambio de las causas de mortalidad y morbilidad de la población, que a su vez incrementa el número de los adultos mayores, al disminuir las tasas de mortalidad de este grupo etario. ⁽⁴⁾

Así, si bien disminuyen sensiblemente las causas de muerte por procesos infecciosos, crecen a su vez los índices de enfermedades crónico-degenerativas, como las cardiopatías, hipertensión, diabetes, cáncer, demencias y enfermedades mentales, en tanto que en la década de 1990 ascendieron las tasas de muerte por accidentes, en especial los de tránsito y los ocasionados por el incremento de la criminalidad del país. ⁽⁴⁾

Además debemos considerar que en el adulto mayor de nuestro país independientemente de su perfil de enfermedades crónico degenerativas, influye en forma notable su perfil de

discapacidad física; esto se manifiesta en la información proporcionada por el INEGI.

Por desgracia, estos cambios en el perfil demográfico de las diversas sociedades traen aparejados cambios en las estructuras de atención y cuidados para la salud del paciente anciano. Aunado hoy en día con situación de automedicación.

La polifarmacia es un término que describe a los pacientes que ingieren 3 ó más medicamentos de forma concomitante. Para los pacientes de edad avanzada, la polifarmacia es a menudo es la regla más que la excepción.

Según la OMS la polifarmacia se ha tornado tan importante en la salud del paciente adulto mayor, 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 ⁽⁵⁾.

No hay que olvidar que muchos de ellos toman medicamentos de venta libre y productos de la herbolaria o naturistas, de los cuales muchas veces se desconocen los principios activos y las dosis recomendadas y, por lo tanto surge la posibilidad de interacciones medicamentosas, reacciones adversas o ambas ⁽⁶⁾.

Es muy frecuente también que los adultos mayores intercambien medicamentos, tomen aquellos que consideran que los pueden ayudar, los que les recomendaron los amigos, o conocidos, los que encuentran anunciados en la prensa (revistas), o en la televisión, como ocurre con las vitaminas o aquellos que incrementan la potencia sexual, remedios contra el insomnio o medicamentos de uso tópico contra el dolor, además de que muchos de ellos acuden con diferentes especialistas y cada médico describe un sin fin de medicamentos, y los pacientes no le refieren al especialista que además de los recomendados, están automedicándose. ^(6,7)

La prescripción de los adultos mayores presenta múltiples riesgos, ya que la mayoría toma medicamentos que en muchas ocasiones no son necesarios o están relacionados con los procesos de enfermedades crónicas que padecen. Los médicos, en términos generales,

recetan productos farmacéuticos que no tienen efectos curativos, sino sintomáticos, quizá por ignorancia o negligencia. ⁽⁸⁾

La toma de varios medicamentos incrementa el riesgo de interacciones farmacológicas y la presencia de efectos adversos; al respecto, muchas de las quejas de los ancianos se deben a los efectos de los medicamentos que toman, ocasionados no sólo por la acción de éstos, sino por los cambios fisiológicos que sufre el organismo por el proceso natural de envejecimiento, fundamentalmente a nivel hepático, renal, cardiovascular, muscular y digestivo, lo que altera la farmacocinética (absorción distribución metabolismo y excreción) y la farmacodinamia de los medicamentos que pueden interferir de los del adulto joven debido a que la respuesta de los fármacos puede estar aumentada o disminuida ^(9,10)

En la literatura internacional señalan la polifarmacia como criterio de fragilidad en ancianos. ^(11,12). Aunque no existe un consenso sobre el número de fármacos necesarios para considerar a un paciente polimedicado, la polifarmacia puede ser definida como el consumo concomitante y regular de 3 o más medicamentos de acuerdo a la OMS ^(13,14,15) aunque hay autores que la describen como el consumo de 5 o más medicamentos ⁽¹⁶⁾.

En un estudio basado en la población no institucionalizada de los Estados Unidos se demostró que las tasas de uso de medicamentos aumenta con la edad, con más del 90 % de los adultos de 65 años de edad o más con al menos un medicamento a la semana (con receta o sin receta) ^(17,18).

La prevalencia de polifarmacia aumenta en la edad adulta debido al envejecimiento el cual es caracterizado por una serie de factores fisiológicos, psicológicos y sociales extremadamente individualizados ⁽¹⁸⁾.

Dentro de los factores asociados a polifarmacia en ancianos incluyen el número de enfermedades, algunas patologías se encuentran con mayor frecuencia en los ancianos, entre ellas podemos citar las enfermedades del aparato circulatorio (insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebro-vasculares, arteriosclerosis, hipertensión) los disturbios metabólicos,

nutricionales y endocrinos (alteraciones del paladar, enfermedades periodontales, osteoporosis, incontinencia urinaria, artritis reumatoide, diabetes mellitus, hipertensión arterial), trastornos mentales y de comportamiento (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, depresión), de modo general, necesitan ser tratadas con medicamentos exclusivos para su tratamiento, así mismo, los adultos mayores se han constituido en los grandes consumidores de medicamentos, ya sea por que los necesitan por la pluripatología que padecen o bien por automedicación, pero en cualquiera de los casos exponen a un riesgo mayor de hospitalizaciones, pérdida de funcionalidad, mayor frecuencia de caídas, mayor consumo de servicios de salud, entre otros ^(18,19,20).

Los adultos mayores, con enfermedades múltiples deben ser atendidos, siempre que sea posible, por un solo profesional suficiente capacitado que puede abarcar con la mayor integridad un organismo que sufre por varias dolencias, muchas de las cuales a veces se alivian o eliminan con un análisis minucioso, del problema y sugerencias no farmacológicas como su cambio de estilo de vida, variaciones en las concepciones nutricionales o incorporación de actividades físicas o rehabilitadoras que evitan muchas veces la complicidad inconsciente de la polifarmacia ^(21,22).

El uso de medicamentos cardiovasculares, antiasmáticos y psicofármacos aumentan el riesgo de utilización de otros medicamentos determinando así la aparición de polifarmacia produciendo cambios fisiológicos significativos. Así mismo, 5 o más consultas anuales a los servicios de atención primaria también han sido identificados como factores de riesgo para presentar polifarmacia. Existen otros factores que forman parte de un riesgo potencial de polifarmacia como la edad, el género, las comorbilidades y el número de fármacos prescritos. ^(23,24) Dentro de las comorbilidades se describe de manera importante el riesgo para la polifarmacia el subdiagnóstico de la depresión por la alta frecuencia de síntomas físicos, sobre todo de naturaleza dolorosa, los cuales pueden ser más evidentes que los síntomas emocionales. ⁽²⁵⁾ Además, se ha demostrado que las molestias músculo

esqueléticas inespecíficas, el dolor lumbar y el dolor precordial predicen la intensidad de la depresión. La probabilidad de enfermedad psiquiátrica se incrementa con el número de síntomas físicos, en tanto que la resolución de los síntomas físicos es un predictor de la remisión, en el tratamiento del trastorno de depresión mayor. ⁽²⁵⁾ Un estudio realizado por Ruiz Flores et.al en el 2007, en la Ciudad de México, respecto a los síntomas dolorosos asociados a depresión y calidad de vida, reportó como síntomas más frecuentes: los dolores musculares 84.9%, el dolor cervical 84.2%, la cefalea 83.5%, el dolor abdominal 46%, el dolor precordial 63.1% y el dolor articular 65.9%. El estudio también reportó que el 49.7% tomaba medicamentos para tratar la depresión, 19.5% recibía combinaciones de medicamentos y psicoterapia. Más del 50% no recibía medicamentos, ni psicoterapia para la depresión. El tratamiento fue con antidepresivos 37.3%, seguidos de ansiolíticos 28.6% y psicoterapia 27.9%; sólo el 9.7% usó analgésicos para aliviar síntomas físicos dolorosos de la depresión. Debido a la alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención permanece subdiagnosticada; entre el 30 y 50% de los pacientes que se atienden en primer nivel, presentan algún problema de salud mental, que no es reconocido por el médico.

Los obstáculos en el diagnóstico de los trastornos de salud mental limitan su identificación y atención. ⁽²⁶⁾ En (EEUU) se ha estimado que la morbilidad y la mortalidad asociada a por polifarmacia asciende a 7.2 billones de dólares al año en ancianos institucionalizados con una prevalencia 41%. ⁽²⁷⁾ Debido a las consecuencias del uso de medicamentos potencialmente inapropiados (MPI), se reportan en estudios de EEUU una media 5.0 de consumo de medicamentos por lo que se han diseñado y aplicado herramientas de ayuda para fármacos riesgosos, entre las cuáles están los criterios de (Beers), ^(28,29) criterios validados y utilizados en el extranjero, que presentan una lista de medicamentos potencialmente inadecuados (MPI) de acuerdo a sus características farmacodinámicas y farmacocinéticas, que incrementan el riesgo de efectos indeseados. Las reacciones

adversas a medicamentos en adultos mayores ambulatorios y en residencias fluctúan entre el 2.5 y 50%,⁽³⁰⁾ con claras consecuencias clínicas, económicas, humanísticas y para el sistema de salud que pueden determinar el uso de medicamentos adicionales, discapacidad, disminución de la calidad de vida y la funcionalidad hospitalización y muerte.

Los adultos mayores precisan al menos el 50% del tiempo de los servicios de salud, de los profesionales de primer nivel y 62% de gasto farmacéutico. Sobre todo en aquellos con síndrome de fragilidad (Romero-Romero MJ. y cols. 2009). En México en el 2007, el gasto en medicamentos ascendió al 24% del total del gasto en salud, equivalente al 1.4% del producto interno bruto (PIB). El 75% es gasto de bolsillo, en cuanto a instituciones del sector salud el IMSS concentra el 47.9 % del gasto público en medicamentos. Las instituciones que atienden a la población no asegurada (SSa, SESA e IMSS), el gasto en medicamento fue de 26.8% en tanto el ISSSTE y PEMEX gastaron 18.2% y 7% respectivamente. (Gómez Dantes O y cols, 2011).

La polifarmacia en el adulto mayor se considera como una causa de discapacidad ya que se asocia a aumento de síndromes geriátricos (caídas, delirium, pérdida de la funcionalidad y autonomía, deterioro cognitivo e incontinencia, entre otros). Dentro de los factores de riesgo para polifarmacia descritos actualmente, se encuentra: edad avanzada, bajo nivel de educación, múltiples comorbilidades, depresión, hospitalizaciones recientes y consultas con múltiples profesionales de la salud.^(30,31)

Las reacciones adversas a medicamentos son causa común de discapacidad y alcanzan prevalencias que van de 2.5% - 50.6%, en pacientes ambulatorios. (*Hanlon et.al, Am J Health-Syst Pharm, 2001*)

Minaya et.al, 2009 reportan un estudio realizado en Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en la Ciudad de México, con respecto a uso inapropiado de fármacos en adultos mayores, identificaron que el 92.6% de los pacientes tuvieron polifarmacia y 7.7%, hombres con una edad promedio de 70.8 ± 5.8 años (62-83 años), en cuanto a las

características clínicas el 97.5% tenían como diagnóstico principal un trastorno depresivo mayor. Hubo (2.6%) con trastorno de ansiedad. En relación con la presencia de trastornos de ansiedad, el 53.8% cumplía con criterios diagnósticos para trastorno de ansiedad generalizada, seguidos por trastornos de angustia 15.4%. El 30.8% no presentó trastornos de ansiedad. Al momento del estudio el 56.4% usaba clonazepam, seguido por lorazepam con 25.6%, alprazolam con 7.7% y bromazepam 7.7%, respectivamente 2.6% de loflazepato de etilo. Durante la entrevista clínica, 62.9% de los pacientes en estudio presentaron dependencia a las benzodiazepinas. De éstos, 33.3% presentaron una dependencia leve, 33.3% una dependencia moderada y 2.6 una dependencia grave.

Justificación

Uno de los fenómenos relacionados con la transición demográfica es el rápido incremento de la población adulta mayor, por este motivo a medida que los adultos mayores aumentan, también los problemas con gran impacto en la estructura social y ambiente económico debido a que en la polifarmacia incrementa las hospitalizaciones lo que conlleva a dependencia y costos.

México no está exento de este fenómeno de envejecimiento poblacional, y por consiguiente de la transición epidemiológica donde las consecuencias de la polifarmacia son aun ignoradas.

En el IMSS la población de adultos mayores muestran una tendencia ascendente, por lo que es necesario conocer sus características y los factores asociados que nos conducen hacia la polifarmacia, con el propósito de diseñar servicios de salud que den respuesta al perfil demográfico y epidemiológico, ello evitará una mayor polifarmacia, complicaciones, hospitalizaciones prolongadas y discapacidad.

Planteamiento del problema

La polifarmacia en la población geriátrica se considera un problema de salud pública, debido a que se relaciona con mayores índices de morbilidad y mortalidad.

Se estima una prevalencia de polifarmacia de hasta 41% en adultos mayores, la cual se incrementa por la prescripción de tratamientos sintomáticos, por los médicos del primer nivel de atención, debido a que generalmente no realizan el diagnóstico etiológico, principalmente de la depresión, que en el adulto mayor se manifiesta en más del 60% con síntomas psicósomáticos, lo que condiciona que los prestadores de servicios de salud prescriban medicamentos, para esa sintomatología somática sin haber diagnosticado depresión, en consecuencia se favorece la polifarmacia.

Por lo tanto, lo anterior es un problema de salud que no se ha dimensionado en la población mexicana, debido a ello es necesario conocer la prevalencia de la polifarmacia, así como sus factores de riesgo, en población adulta mayor. Al respecto varios reportes han señalado que entre los factores identificados se encuentra el bajo nivel de educación, múltiples comorbilidades, hospitalizaciones recientes, depresión y consultas con múltiples médicos.

Por otra parte, la atención de los adultos mayores en el primer nivel de atención requiere del al menos el 50% del total del tiempo de los servicios de salud en el primer nivel de atención, así como destinar el 62% del gasto en medicamentos. En México, en el año 2007 la erogación en medicamentos fue del 24% del total del gasto en salud, equivalente al 1.4% del producto interno bruto (PIB). Por ello, las instituciones del sector salud destinan el 75% del gasto en medicamentos, por ejemplo el IMSS eroga el 47.9% del gasto público en la adquisición de medicamentos. Por lo tanto, con los datos previos podemos observar que se invierte más en gasto de medicamentos en nuestro país, que el que se destina a la atención de la salud mental, en donde solo se invierte el equivalente al 1% del PIB.

Con respecto a las reacciones adversas a medicamentos en adultos mayores que se atienden en la consulta externa, en hospitales y casas de asistencia, estas fluctúan entre el

2.5% y 50%; siendo las más comunes la hipotensión, mareos, visión borrosa, sedación, ataxia, demencia, sangrado de tubo digestivo e hipoglucemias, que ocasionan un incremento de la atención médica y mayor consumo de medicamentos; además de la afectación que producen en su autonomía y en ocasiones les lleva a la muerte.

Por lo tanto, planteamos la siguiente pregunta de investigación, con base en la depresión que se describe en la literatura como uno de los principales factores de riesgo para la polifarmacia en adultos mayores:

Pregunta de investigación

¿La polifarmacia ocurre con mayor frecuencia en los adultos mayores que presentan depresión, en comparación con los que no la padecen?

Objetivo General

Determinar la prevalencia de la depresión en el adulto mayor y su relación con la polifarmacia.

Objetivos específicos

1. Conocer la prevalencia de polifarmacia en el tratamiento de la depresión en la UMF 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Determinar la prevalencia de la depresión en los adultos mayores de la UMF 28.

Hipótesis de trabajo

La polifarmacia se presenta en más del 50% de los adultos mayores, que padecen enfermedades crónicas

Material y métodos

Tipo de estudio: Se realizó un estudio de prevalencia, que corresponde a un diseño transversal, análítico, realizado en el periodo del 28 de mayo al 28 de agosto de 2014.

Universo de trabajo: El estudio se llevo a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Población de estudio: Adultos Mayores que acudieron a recibir atención médica de medicina familiar, en los turnos matutino y vespertino, de lunes a viernes en la UMF 28.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores \geq 60 años de edad
- Ambos sexos
- Con vigencia de derechos
- Que se encuentren en las salas de espera de los consultorios de medicina familiar

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no deseen participar
- Falta de firma del consentimiento informado.
- Cuestionario incompleto.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que no se presentan a su consulta el día programado

Recursos

Humanos: Médica residente de epidemiología; un médico psiquiatra.

Materiales: 5000 hojas blancas tamaño carta; una computadora personal; una impresora láser; un cartucho para la impresora; una engrapadora; una caja de grapas estándar; 30 bolígrafos de tinta negra; 20 lápices del número 2; 50 folders tamaño carta.

Físicos: instalaciones de la UMF, un espacio para la captura y procesamiento de datos.

Financieros: los necesarios, aportados por la médica residente de epidemiología.

Descripción del estudio

El marco muestral se estableció con base en la población usuaria que acudió a los consultorios de medicina familiar, por día y por turno, que ya tenían asignados previamente en su UMF, y que acudieron con el propósito de demandar atención médica, en el periodo del 28 mayo al 28 de agosto del 2014.

Para fines del estudio se estableció como población accesible a los pacientes Adultos mayores, de ambos sexo, usuarios de la UMF 28 del IMSS, de la Ciudad de México, en el periodo de estudio descrito; y como población elegible a los que cumplieron con los criterios de selección establecidos.

Se realizó un estudio de tipo transversal, en adultos mayores derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que demandaron atención en la Unidad de Medicina Familiar 28 (UMF 28). Para el desarrollo de la encuesta se selecciono de forma aleatoria la Delegación DF Sur del IMSS, de la misma forma se seleccionó la UMF 28.

El tamaño mínimo de muestra se calculo, a partir de la población derechohabiente usuaria de la UMF 28. Para ello, se definió como población derechohabiente usuaria a la que acude a la UMF 28 a demandar atención médica, por ser asegurados, pensionados o beneficiarios, o ambos.

Para la selección de la muestra, se tomaran con base a los listados de pacticeintes citados de cada consultorio y de manera aleatoria se eligió a los sujetos hasta completar el tamaño mínimo de muestra en el periodo de estudio.

Tamaño mínimo de muestra

El tamaño mínimo de muestra se calculó con base en una prevalencia del 50% de polifarmacia, con un margen de error del 10% y una tasa de no respuesta del 10%. Para ello se utilizó una fórmula, dirigida a obtener una proporción.

$$n = \frac{Z^2_{\alpha} (1 - P)}{\epsilon^2 P} \qquad n = \frac{38416 (100-50)}{10^2 (50)}$$
$$n = \frac{38416 (100-50)}{10^2 (50)} \qquad n = \frac{1920800}{5000} = 384.16$$

385+10% de tasa de no respuesta = **422**

Dónde:

Z^2_{α} = Coeficiente de confiabilidad (1.96²)

p = Prevalencia 50%

q = 1-p

ϵ^2 = 0.10

Control de calidad de la información

Para realizar la encuesta se contó con una médica entrenada en los procedimientos de encuesta, es decir con procedimientos estandarizados (a todos los aborda de la misma forma, y aplica la encuesta de manera muy similar).

Instrumentos

Para identificar la depresión en el adulto mayor se utilizó la escala de Yesavage, que define la depresión de acuerdo a criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), de la Asociación Psiquiátrica Americana y de la CIE-10: La consistencia interna de la escala *Yesavage*, tiene un alfa de *Cronbach* entre 0.80 y

0.99. La confiabilidad del *test-retest* oscila entre 0.85 y 0.98 en un intervalo de una semana y doce días respectivamente⁽³²⁾. El punto de corte de >11% tiene una sensibilidad del 84% y una especificidad 95%. Cuando el punto de corte se eleva >14, la sensibilidad disminuye a 80% pero la especificidad se eleva al 100%. La encuesta ha sido validada en el idioma español en nuestro país.

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Los pacientes encuestados con probabilidad diagnóstica de depresión, fueron evaluados por un médico psiquiatra, con el propósito de confirmar el diagnóstico. También, se aplicó el Test de AUDIT33, para detectar el consumo de riesgo de alcohol. Instrumento validado en nuestro país, que se integra de 10 ítems autoadministrados, que abarca el consumo de alcohol, y la conducta asociada a problemas derivados. Asimismo, se aplicó el Test de *Farguestrom*; cuestionario que evalúa dependencia a la nicotina y consumo de cigarrillos; consta de 8 ítems, que analiza total del consumo por el paciente, la compulsión por fumar y la dependencia a la nicotina. Cabe mencionar que el instrumento ya fue validado en nuestro país.

Para definición de la polifarmacia que es el evento de interés del estudio se utilizarán los criterios de STAR/STOPP, recomendados por la guías de práctica clínica de prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor. La médica responsable del proyecto de investigación revisó los expedientes clínicos de los pacientes adultos mayores encuestados, con el propósito de recabar los medicamentos prescritos, así como las enfermedades que presentaban.

Procesamiento de información

Se elaboró un cuestionario por medio del programa Micosof Office Visio 2007; para la captura de los datos se diseñó una base de datos en excel, la cual se analizó mediante el paquete estadístico de STATA, Versión 13.

Definición de variable dependiente

Polifarmacia			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
Síndrome geriátrico que de acuerdo a la OMS es el uso concomitante de 3 ó más medicamentos.	Prescripción concomitante de 3 ó más fármacos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.-Presente 2.-Ausente

Definición de variables independientes

Sintomatología somática			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
Presencia de síntomas dolorosos, debilidad, fatiga, molestias gastrointestinales o alteraciones sensoriales, pérdida de peso ya alteraciones del estado del sueño	Se evaluará por interrogatorio directo a través de la escala de Hamilton se toman los apartados que corresponden a sintomatología somática.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.-Presente 2.-Ausente

Depresión			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
A la alteración del estado de ánimo, persistente por al menos un periodo de dos semanas, se asocia llanto, disminución o aumento del apetito, sueño, aislamiento, tristeza, pérdida de interés en las actividades previas.	La EDG ha sido validada en el idioma español y se han desarrollado en versiones más cortas (15 preguntas).	Cualitativa Ordinal Politémica	1.- Leve 2.-Moderada 3.-Severa

Medicamentos potencialmente inadecuados.			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
Medicamentos potencialmente inadecuados	Se medirá a través del STOPP/START que un instrumento que detecta la prescripción potencialmente inapropiada en pacientes adultos mayores STOPP/START. Este instrumento tiene categorías organizadas por sistemas fisiológicos, puede ser aplicada en 5 min, identifica la prescripción inapropiada más común y es fácil de relacionar con diagnósticos activos y la lista de fármacos que el paciente refiera.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.- Presente 0.- Ausente
Edad			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
Tiempo transcurrido en años desde el momento del nacimiento hasta la fecha de ingreso al estudio.	se evaluará por interrogatorio directo/encuesta psicosocial.	Cuantitativa De razón	Años cumplidos
Sexo			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
Fenotipo del humano con sus características físicas, biológicas y sociales que establecen las diferencias entre hombres y mujeres.	interrogatorio directo	Cualitativa Nominal Dicotómica	0.-Hombre 1.- Mujer
Estado civil			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	se evaluará por interrogatorio directo	Cualitativa Nominal Politémica	1. casado(a) 2. viudo 3. separado 4. soltero 5. unión libre 6. divorciado.
Escolaridad			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
Tiempo durante el que una persona asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	se evaluará por interrogatorio directo/encuesta psicosocial	Cualitativa Nominal Politémica	1.- primaria incompleta 2.- primaria completa 3.- secundaria incompleta 4.- secundaria completa 5.- bachillerato incompleto 6.- bachillerato completo 8.- licenciatura completa 9.- posgrado

Ocupación			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
Actividad que se realiza a diariamente en la actualidad.	se evaluará por interrogatorio directo/encuesta psicosocial	Cualitativa Nominal Politómica	1. Obrero 2. Comerciante 3. Profesionista 4. Hogar 5. Jubilado 6. Desempleado
Comorbilidad			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
Presencia de otra u otras enfermedades diagnosticadas diferentes a los trastornos mentales al momento de la entrevista.	se evaluará por interrogatorio directo	Cualitativa Nominal Politómica	0. Ninguna 1. Hipertensión arterial. 2. Enfermedades del corazón. 3. Diabetes 4. Cáncer 5. Ceguera 6. Insuficiencia renal 7. Pie diabético 8. Trastorno del colesterol y triglicéridos. 9. Enfermedad cerebrovascular. 10. Enfermedad pulmonar. 11. Artritis 12. Enfermedad mental.
Religión			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de Variable	Indicador
Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, del sentimiento de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social.	Se evaluó mediante interrogatorio directo	Cualitativa Nominal Politómica	1.-catolica 2.-cristiana 3.-otras 4.-ninguna
Nivel socioeconomico			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
La capacidad de acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida.	Nivel adquisitivo evaluado mediante el índice AMAI.	Cualitativa Ordinal Politómica	1.- alta 2.-media alta 3.-media 4.-media baja 5.-pobre 6.-pobreza extrema
Turno			
Definición conceptual	Definición Operativa		Indicador
Definición de los distintos tipos de horario	Se pregunto mediante interrogatorio directo	Cualitativa Ordinal	1. Matutino 2. Vespertino
Sintomatología somática			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
Presencia de síntomas dolorosos, debilidad, fatiga, molestias gastrointestinales o alteraciones sensoriales.	se evaluará por interrogatorio directo utilizando la escala de Hammlton modificada.	Cuantitativa Nominal Dicotómica	1.-Presente 2.-Ausente
Tiempo de evolución			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
Tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el de ingreso al estudio	se evaluará por interrogatorio directo	Cuantitativa De razón	Semanas Meses Años

Alcoholismo			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer posterior al consumo de alcohol	Se evaluara mediante al instrumento de medición validado en nuestra población AUDIT versión larga.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.-Presente 2.-Ausente
Tabaquismo			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
El tabaquismo es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo.	Consumo de cigarrillos se medira mediante el instrumento de medición Fargestrom versión larga que consta de 5 preguntas.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.-Presente 2.-Ausente
Con quien vive			
Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Indicador
Se identificó al familiar y/o conocido con el que vive el paciente.	evaluará por encuesta psicosocial	Cualitativa Nominal Politómica	0. Con nadie 1. Hijos 2. Conyuge 3. Otros famiares
Le han referido con algún medico especialista			
Definición conceptual	Definición Operativa	Tipo de variable	Indicador
Se definio como la referencia por el médico familiar con algún medico especialista para complementar diagnostico y tratamiento	Se obtuvo mediante interrogatorio directo	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2. No

Análisis estadístico

Se realizó el análisis exploratorio de los datos, con el propósito de limpiar la base e identificar inconsistencias, o errores en el proceso de captura. Se realizó el análisis descriptivo, donde se obtuvieron frecuencias simples de las características de los sujetos, así como medidas de tendencia central y de dispersión.

Para las variables numéricas se aplicaron pruebas de normalidad, como *Shapiro Wilk* y *Kolmogorov Smirnov*. En las variables con distribución no normal se aplicaron pruebas no paramétricas, a fin de comparar k muestras relacionadas. Para ello se utilizó la prueba de U de Mann Whitney en dos grupos y en más de tres se utilizó la prueba de Kruskal Wallis.

Con variables en escala de medición categórica, se obtuvieron porcentajes, χ^2 y con significancia con valores de $p < 0.05$ e intervalos de confianza al 95% (IC_{95%})

También, se obtuvieron las Razones de Momios de prevalencia, con el propósito de determinar riesgos, finalmente se construyó un modelo de regresión logística, utilizando las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete *Stata Versión 13.para Windows*.

Aspectos éticos

Con base en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, en el título 1, artículo 17 y categoría 1 se considera a este tipo de investigación como de riesgo mínimo, solamente representará una inversión de tiempo y esfuerzo para los derechohabientes usuarios. También, el protocolo de investigación se apega a los principios de la Declaración de *Helsinki* I, que en 1964 estableció las guías para la investigación biomédica en humanos; y la Declaración de *Helsinki* II, que deriva de la revisión y enriquecimiento de la primera declaración, las cuáles se realizaron en 1975 en Tokio, en 1983 en Venecia y en 1989 en Hong Kong.

Por lo tanto, el protocolo de investigación cumple con lo especificado en la Ley General de Salud. Asimismo, con las recomendaciones de investigación en humanos, que especifican las Declaraciones de *Neuremberg*, *Helsinki*, *Tokio*. También, se garantiza que la identidad de los participantes en el estudio será protegida. Aplica al aceptar voluntariamente y se ratifica por medio de la firma del consentimiento informado.

En la investigación se realizó una entrevista de tipo psicológico a los pacientes en estudio. Después de que se haya administrado la entrevista, se diagnosticará de forma individual y los pacientes que den puntajes positivos para sintomatología de los trastornos depresivo que identifica el instrumento, serán referidos con su médico para diagnóstico y tratamiento.

En lo relacionado a la aplicación de la encuesta podrán retirarse en el momento en que ellos así lo decidan, a pesar de que hayan firmado el consentimiento, sin menoscabo de la atención que requieran del Instituto.

En el capítulo de anexos se integra el formato de consentimiento informado.

Cronograma de actividades

Cronograma de Actividades												
2014											2015	
Actividades del mes	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	
Búsqueda Bibliográfica	√	√										
Realización del Protocolo			√	√								
Revisión y aceptación del protocolo por el comité de investigación.				√	√							
Reclutamiento de pacientes				√	√	√						
Captura de datos						√	√					
Análisis de datos							√	√				
Resultados									√	√	v	

Resultados

La población de estudio se integró de 422 adultos mayores, de los cuáles el 62.6% (264) fueron mujeres y el 37.4% (158) hombres, en un rango de 60 a 98 años de edad, con un promedio de edad de 72.7 ± 8.3 años, en cuanto a su estado civil el 53.1% (224) es soltero y el 46.9% (198) es casado, por su grado de escolaridad encontramos que el 39.3% (166) tiene primaria, el 20.6% (87) licenciatura y más, el 19.9% (84) preparatoria o carrera técnica, el 10.7% (45) no tiene ningún grado de educación, cabe hacer mención que la población adscrita a la UMF 28 se encuentra en una zona con estatus socio económico medio alto quizá por ello es que la mayoría de las personas presenta un alto predominio en su nivel educativo. En relación a la religión la población refiere que el 82.2% (347) es católico, el 12.6% (11) no tiene ninguna religión. En cuanto a la convivencia de los pacientes se observa que el 33.2% (140) refiere vivir con su cónyuge, el 30.6% (129) solo, el 25.1% (106) con sus hijos y el 11.1% (47) con otros familiares. Los adultos mayores presentaron una distribución por turno muy similar, el 50.2% (212) en el matutino y en el turno vespertino el 49.8% (210). En relación al tabaquismo el 58.3% (264) refirió nunca haber fumado en su vida, 29.6% (125) es exfumador y el 12.1% (51) es fumador actual; en cuanto al alcoholismo el 65.6% (277) refirió nunca en su vida haber tomado, el 20.4% (86) fue consumidor y un 14.0% (59) refiere ser consumidor actual. La prevalencia de polifarmacia fue de 47%, en mujeres 82.58% (218), hombres 75.95% (120). Tabla 1. Características sociodemográficas.

En la Tabla 2. Se observa que de 422 adultos mayores, el 82.58% (218) de las mujeres presentaron polifarmacia y en el caso de los hombres el 75.95% (120) con un valor de $p=0.099$, aunque no es significativo en la mujer se observa que es ligeramente más frecuente ello quizá sea debido a que las mujeres tienen más compromiso con su salud e inclusive en la de su pareja; en cuanto a los quinquenios se observa un valor de p de 0.560 lo que nos infiere que no hay diferencias significativas para presentar polifarmacia Entre los estratos de edad, en cuanto a la variable estatus socioeconómico se observa que hay predominio de

polifarmacia en el nivel bajo con el 85.53% (136) mientras que para el alto es menor 69.41% (59) siendo estadísticamente significativo $p= 0.011$. En cuanto al estado civil soltero vs casado no se observa significancia estadística $p=0.064$. Para la variable con quién vive el vivir solo el 89.92% (116) presentaron mayor predominio de polifarmacia, seguido de la categoría de los que refirieron vivir con su conyuge el 72.86 % (151) siendo menor el predominio en aquellos adultos menores que refirieron vivir con otro familiar con un 70.21 (33), todos los estratos mostraron que son diferentes por presentar un valor significativo $p= 0.011$ quizá el hecho de vivir con otros familiares no tan directos hace que el adulto mayor viva una situación de abandono que influye para que sea menor su frecuencia en la presentación de polifarmacia. El grado de escolaridad no mostro diferencias estadísticamente significativas ($p= 0.229$) aunque la tabla presenta ligeramente un predominio mayor de polifarmacia en el estrato que mencionó ser analfabeta con un 86.6% (39) seguido de los de nivel licenciatura 82.9 % (68). En cuanto a la religión los estratos no mostraron una diferencia significativamente estadística ($p= 0.59$) por lo que se asume que no importa si los adultos mayores son ateos o profesan una religión para presentar polifarmacia.

En la tabla 3. Se describen los síntomas psicosomáticos y polifarmacia en la población adulta mayor de la UMF 28. En cuanto a la presencia de sintomas gastrointestinales no se observa una diferencia significativa ($p= 0.165$) entre los estratos dificultad para comer, pérdida de apetito y no presenta síntomas; aunque ligeramente pareciera que la polifarmacia predomina en los que refirieron presentar dificultad para comer 91.67% (22). En los trastornos del sueño no hubo diferencias significativas ($p=0.53$) tendiendo ligeramente a presentar polifarmacia el estrato que no refirió tener problemas de insomnio 80.97 (237); los que presentan episodios de insomio intermedio tampoco presentaron diferencias significativas estadísticamente ($p=0.080$), aunque los que refirieron estar desvelados presentaron ligeramente mayor predominio de polifarmacia 90.24% (37) que los que refieren estar despiertos durante la noche o no tienen dificultad para dormir, ello debido a que

ingieren fármacos para contrarrestar los síntomas de desvelo. La variable ansiedad somática no presento diferencias estadísticamente significativas ($p=0.180$), predominando ligeramente la polifarmacia en los que refieren presentar una moderada ansiedad; en cuanto a la pérdida de peso no se encontró diferencia estadística significativa entre los grupos que perdieron más de un kilo, menos de un kilo o que no perdieron peso durante la entrevista llevada a cabo ($p= 0.927$) ello quizá debido a que es muy difícil percatarse si se pierde menos de un kilo y el estrato no perdió peso; también pudiera pensarse que a esa edad el adulto mayor no esta muy pendiente de sus kilos perdidos.

Tabla 4. En relación a las manifestaciones depresivas se observan diferencias entre los grados de depresión leve, moderado, severo y los que fueron diagnosticados a travez de la escala de Yesavage sin depresión con un valor de ($p<0.001$); con predominio de polifarmacia en los estratos depresión leve 98% (98) y los moderados 96% (49); así mismo se obtuvieron diferencias significativas para la presencia de enfermedades crónico degenerativas con un valor de ($p<0.001$) con predominio de polifarmacia en los que refirieron padecer diabetes mellitus 97.83% (45); hipertensión 88.8% (183), osteoartritis 70% (28). En cuanto a los hábitos presentaron diferencias los estratos contenidos en la variable alcoholismo ($p=0.007$) predominando la presencia de polifarmacia en aquellos adultos mayores que refieren ser ex bebedores 90.7% (78); así mismo se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.032$) presentando mayor predominio de polifarmacia cuando el adulto mayor es referido con el medico no familiar con un 82.88% (242), finalmente el tabaquismo no presentó diferencias estadísticamente significativas entre los estratos para el fumador actual, el ex fumador y los pacientes que se refieren como que nunca en la vida han fumado, siendo ligeramente predominante la polifarmacia para el estrato que refiere ser fumador actual 86.2% (44) quizá ello si lo asociamos a que algunas personas dicen que el hecho de fumar las relaja, quizá esos pacientes ingieren algún medicamento que relaja o incluso hay personas que fuman para poder obrar.

Tabla 5. En análisis bivariado, se observa que el ser mujer (RM= 1.5; IC_{95%} 0.92, 2.43) representa 50% de mayor probabilidad de presentar polifarmacia; en cuanto a la edad, los adultos mayores de 65 a 69 años tuvieron 46% de probabilidad de tener polifarmacia (RM=1.46; IC_{95%} 0.39, 1.63) comparado con los de 60 a 64 años, aunque no fue estadísticamente significativo; en cuanto al nivel socioeconómico, el pertenecer a un estatus alto (RM= 0.38; IC_{95%}0.20, 0.72) representó 38% de probabilidad de no tener polifarmacia, comparado con los de nivel socioeconómico bajo. El vivir con los hijos (RM=42.9; IC_{95%} 18.59, 99.11) representó 43 veces más probabilidad de no presentar polifarmacia en comparación con vivir solo. Por otra parte, el tener depresión leve (RM=23.61; IC_{95%} 5.68, 98.20) y moderada (RM=11.80; IC_{95%} 2.80, 49.78) representó casi 24 y 12 veces mayor probabilidad de presentar polifarmacia, respectivamente. Finalmente, el consumo de bebidas alcohólicas (RM=2.4; IC_{95%} 1.35, 4.27) representó 2.4 veces mayor probabilidad de tener polifarmacia.

En la tabla 6 se muestran los resultados del modelo de regresión en donde se observa que al ajustar por las variables sexo, edad, nivel socioeconómico, tabaquismo y alcoholismo, la depresión leve (R_{Ma}=18.26; IC_{95%} 4.31, 77.34) y moderada (R_{Ma}=11.83; IC_{95%} 2.77, 50.55) fueron los factores que se relacionaron con la presencia de polifarmacia en los adultos de 60 años y más.

Discusión

La tasa de respuesta fue adecuada (98%), lo que permitió alcanzar el tamaño mínimo de muestra planteado.

En relación a la distribución por sexo predominaron las mujeres (62.6%) en el estudio. Sin embargo, es un dato esperado ya que en la literatura se reporta que las mujeres son las que demandan mayor número de servicios de salud.⁴

En relación a las características sociodemográficas de la población de estudio predominó el nivel socioeconómico medio en un 60.9%, incluso el 1.4% pertenece al nivel alto, categorizados de acuerdo a los parámetros establecidos por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Estos hallazgos son congruentes con las características generales de la población adscrita a la UMF 28, en donde predomina la clase media, resultados que también se reflejan en el grado de escolaridad de la población de estudio, donde alrededor del 40% de la población tuvo estudios de nivel preparatoria y licenciatura. Sin embargo, alrededor de otro 40% de la población solo tiene grado de escolaridad de primaria.

En relación a con quien viven los adultos mayores, el 30.6% refirió vivir solo, pero lo importante es que casi el 70% vive con su cónyuge, con los hijos o con otros familiares, es decir vive en compañía de otras personas. Lo anterior considerando que el vivir solo se constituye en un factor de riesgo para presentar diversas enfermedades, sobre todo trastornos afectivos y en consecuencia tratamiento con múltiples fármacos, ya que como lo reporta la literatura el adulto mayor hasta en un 60% acude a demandar atención médica en el primer nivel de atención, por presentar diversos síntomas somáticos o psicosomáticos.⁽²⁵⁾

En los hábitos de los adultos mayores encuestados se encontró una prevalencia de tabaquismo del 14.0 %, que es inferior a lo reportado en las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA-2011).⁽²⁴⁾ Sin embargo, también se señala que mayor nivel de escolaridad y de edad, el tabaquismo tiende a disminuir progresivamente a partir de la sexta década de

la vida. En relación a las enfermedades crónicas que presenta la población de estudio se identifico que el 88.83 % presenta hipertensión arterial y polifarmacia, en el caso de diabetes mellitus el 97.8 % presento polifancia, lo cual es relevante ya que de alguna manera son enfermedades que condicionan por si mismas el consumo de medicamentos de forma crónica y que deben considerarse al categorizar la polifarmacia, motivo del estudio. ^(22,23)

Se considero dentro de la prevalencia de la polifarmacia en los adultos mayores, las enfermedades crónicas y el tratamiento farmacológico que reciben, ya que los criterios para definir la polifarmacia son el consumo de tres o más medicamentos por día. Principalmente en la prescripción de medicamentos se considero la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la depresión y la elevada prevalencia de síntomas somáticos o psicosomáticos, que llevan al médico familiar a la prescripción de tratamiento farmacológico.

La prevalencia de polifarmacia identificada en el estudio fue del 47.0%, cuando en la literatura se reporta del 41.0%, que probablemente se deba a que los pacientes del estudio presentan más comorbilidades y manifestaciones somáticas, principalmente hipertensión arterial y diabetes mellitus, que condicionan un consumo de fármacos. También, encontramos un promedio de consumo de medicamentos por día de 6.25, lo que supera la media de consumo referidos en algunos otros estudios sobre todo los referidos en EEUU quienes reportan una media de 5.0 medicamentos por día. De acuerdo a los estudios anteriores la prevalencia de polifarmacia identificada en nuestro estudio, está muy por encima de lo reportado en la literatura, entre los factores relacionados con la elevada prevalencia de polifarmacia.

Los factores identificados y que influyen en la elevada prevalencia de polifarmacia son principalmente padecer algún grado de depresión, la comorbilidad y el ser mujer.

Por tanto, esa comorbilidad crónica es la más consistente predictora de prescripción de múltiples medicamentos, cuando la polifarmacia es un factor muy relacionado con la alta

incidencia de reacciones adversas medicamentosas en el adulto mayor.

En relación a la depresión en el adulto mayor se encontró una prevalencia polifarmacia de 41.7%, cuando en la literatura se reporta 30%,^(14,16) que podría explicarse por el predominio del sexo femenino en la muestra (62.6%), el que la mujer presente menor grado de escolaridad en relación al hombre, en ellas predomina el nivel básico (39.3%) y el nivel medio superior (20.6%). Diversos estudios, entre ellos la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, reportan que a menor grado de educación menor expresión de síntomas depresivos y menor búsqueda de ayuda.

De los resultados obtenidos en el estudio es posible hacer algunas recomendaciones, para la prevención de la polifarmacia, como: capacitar a los médicos familiares acerca de los cambios farmacodinámicos que vive el adulto mayor; difundir los criterios de *Beers* sobre prescripción potencialmente inadecuada. Asimismo, consideramos entre las limitantes de nuestro estudio se encuentran las siguientes:

El tamaño de la muestra es insuficiente para demostrar significancia en alguno eventos que se encuentran en el umbral, como es el caso del sexo en donde obtenemos una $p= 0.099$, el estado civil en donde no encontramos significancia, la religión, síntomas gastrointestinales, insomnio precoz, intermedio y tardío. Así mismo, ocurrió con otras variables que están en el umbral de la significancia, como el sexo, el grado de escolaridad, con respecto a la polifarmacia.

Por lo tanto, se recomienda realizar otros estudios por ejemplo de Casos y Controles y de seguimiento, para conocer los patrones de prescripción, los factores causales de la polifarmacia en nuestra población, a fin de diseñar programas de intervención que eviten la prescripción inadecuada de medicamentos en el adulto mayor.

Conclusiones

En la población de estudio se identificaron los factores de riesgo para polifarmacia, entre los más significativos se encuentra el bajo nivel socioeconómico y de escolaridad, vivir solo, pertenecer al sexo femenino y ser soltero. Así como, la presencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión y las manifestaciones somáticas.

La polifarmacia en los adultos mayores se definió por un consumo igual o mayor a tres medicamentos, entre los más frecuentes se encontraron las benzodiazepinas, que están contraindicadas en el adulto mayor, debido a que incrementan el riesgo de caídas del propio plano de sustentación, generando incapacidad, dependencia, costos económicos y sociales.

Por otra parte, se identificaron factores de protección para evitar el riesgo de polifarmacia, como son: estar casado, pertenecer a un nivel socioeconómico medio alto, el ser referido por el médico de primer nivel al médico especialista. Asimismo, de acuerdo a los resultados del estudio podemos señalar que la polifarmacia no es una condición biológica, sino que es un fenómeno social dinámico, porque el vivir solo incrementa el riesgo de polifarmacia; sin dejar de lado otros factores como la depresión o la presencia de enfermedades crónicas.

Independientemente de los resultados obtenidos en este estudio, consideramos la necesidad de seguir investigando, en la población mexicana y sobre todo en la derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, debido a que tenemos en el Instituto al 62.4% de toda la población adulta mayor, según referencia del INEGI.

La complejidad de estudiar la polifarmacia, parte desde el estudio propio del envejecimiento por qué se deben entender los fenómenos que lo caracterizan desde el punto de vista biológico, psicológico y social, y aunque cabe señalar que el envejecimiento es progresivo y universal, esto no ocurre forma similar en todos los individuos y/o grupos poblacionales.

Cabe señalar que esta investigación abre pauta para continuar líneas de investigación, con la finalidad de estar preparados para llevar a la población a un envejecimiento activo.

Bibliografía

1. Gómez JF. Aspectos demográficos del envejecimiento. Fundamentos de medicina. Geriatria. Medellín: Corporación para investigaciones Biológicas. 2006; 3-8.
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing 1950–2050. New York: UN; 2002.
3. Conapo (2009), México en cifras: indicadores demográficos básicos, México, Consejo Nacional de Población <www.conapo.gob.mx>.
4. Santana VO, Bembibre Taboada R, García Núñez R et al. Efectos sobre la salud del anciano en cuanto a alteraciones en la medicación. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(4):316-9.
5. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. J Gen Intern Med. 2005; 10: 199-205.
6. Jesus L, Regueira N, Marlene CM, et al. Polifarmacia en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(4):346-9
7. Arriagada RL, Jiron AM, Ruiz A. Uso de medicamentos en el adulto mayor. Rev Hosp Clin Univ Chile 2008; 19: 309 – 17.
8. Urbina Torija JR, Flores Mayor MJ, García Salazar MP, Rodríguez Extremera E, Torres Buisan L, Torrubias Fernández RM. El Anciano de Riesgo en la Provincia de Guadalajara. Aten Primaria. 2004;34(6):293-299.
9. Hallberg I R, Kristensson J. Preventive home care or frail older people: a review of recent case management studies. International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing. 2007;13, 6b, 112- 120.
10. Arbas E, Garzón R, Suárez A, Buelga C, Pozo M, Comas A, y cols. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. Aten primaria. 1998;22(3):165-170.

11. Baena Díez JM, Martínez Adell MA, Tomás Peregrina J. Selección de medicamentos en el anciano. Características diferenciales y criterios genéricos de selección. *Formación médica continuada*. 2003;10(7):501-507.
12. Halling A, Fridh G, Ovhed I. Validating the Johns Hopkins ACG Case- Mix System of the elderly in Swedish primary health care. *MBC public Health*, 2006;6:171. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/171>.
13. Flaherty J.H.,Perry H. M3rd., Lynchard G.S.,Morley J.E. Polypharmacy and hospitalization among older home care patients. *Gerontology*, 2000;55(10): M554-M559.
14. Jyrkkaj.,Vartiainen L., Harttikainen S.,Sulkava R.,Enlund H. Increasing use of medicines in elderly persons: a five-year follow-up of the Kuopio 75 + Study. *European. Journal of Clinical Pharmacology*, 2006;62 (2):151-158.
15. Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, et al. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States. *JAMA* 2002;287:337–44.
16. Bryan DH, Pharm D, Klein SK,et al Polypharmacy and geriatric Patient.*Clin Geriatr Med* 2007;23:371-390.
17. Filié Haddad, M.; Satie Takamiya, A.; Martins da Silva, E.M. Farmacología en la tercera edad: Medicamentos de uso continuo y peligrosos de la interacción medicamentosa. *Gerokomos*. 2009; 20 (1): 22-27
18. Medeiros-Souza P et al. Polypharmacy in the elderly. *Rev Saúde Pública* 2007;41(6):1049-53
19. Fernandez GN, Díaz AD, Pérez HB, et al. Polifarmacia en el anciano. *Acta Médica* 2002; 10(1-2).
20. Marquez AJ, Polifarmacoterapia en un grupo de pacientes mayores de 65 años en Manizales. *MEDOMAI*.1996;1(1)4-5.

21. Santiago, TM, Rodríguez CM, et al. Valoración geriátrica en un servicio general de urgencias hospitalarias . Rev Mult Gerontol 2005;15(1):40-49
22. Arango Lopera V E. Polifarmacia en el anciano/en línea//22marzo2005; URL disponible en :<http://med.javeriana.edu.co/publi/universitas/serial>.
23. Castelo DR, Cano GP, Pérez CS, Prevalencia de polifarmacia en mayores de 80 años. Farmacia de Atención Primaria. 2006; 4(3) 69-73.
24. Jorjensen TM. Prescription drug use among ambulatory elderly in Swedish Municipality. Ann Pharmacother. 1993 Sep; 27(9):1120-5.
25. Sánchez NA., Piolo JC. Medicación en los ancianos: Prescripción y automedicación. Vivir en Plenitud. 2009;10(338): 21.
26. Villatoro JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista. Tellez-Rojo MM, Mendoza Alvarado LR. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaquismo. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud, México 2012
27. Estimaciones del CONAPO: El envejecimiento de la población en México: Proyecciones de la población 2000-2050. Mex 2005: 21-36
28. Información Pública de las Naciones Unidas: "Envejecimiento, Salud e incapacidad", Centro de Información de Naciones Unidas en Panamá y Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
29. Beers MH, Ouslanders JG, Rollinger I et al. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing homes resident. Arch Intern –Med 1991, 151:1825-1832
30. Beer MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use the elderly. An uptodate. Arch InternMed 1997; 157:1531-1536.
31. Bikowski R, Ripsin C, Viki L.Physician-Patient Congruence Regarding Medication Regimen. Journal of the American Geriatrics Society. 2001;49(10)1353-1357.

32. Fernández-San Martín MI, Andrade C, Molina J, Muñoz PE, Carret B, Rodríguez M. Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:279-287.
33. Fagerstrom KO Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978;3(3-4):235-41,
34. Gómez Arnáiz A, Conde Martel A, Agiar Bautista JA, Santana Montesdeoca JM, Forrín Moreno A, *et al* Utilidad diagnóstica del cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para detectar el consumo de alcohol de riesgo en atención primaria. *Med Clin* 2001; 116(4): 121-4.



ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON POLIFARMACIA EN LA UMF 28 DEL IMSS EN EL DISTRITO FEDERAL.

México, DF., a _____ del 2014

Número de registro: R-2014-3601-202

Se está la aplicación de cuestionarios validado en población mexicana a los derechohabientes de esta unidad, para conocer la frecuencia de depresión, sintomatología somática y polifarmacia; debido a la existencia de rezago en la atención de este trastorno, que es crónicos, recurrentes, demandan más consultas y dan mayor discapacidad; además de no existir la suficiente planeación, ni estrategias dirigidas a identificar factores de riesgo y la atención que se proporciona es limitada.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor y su relación con polifarmacia en la UMF 28 del IMSS en el D.F.

Por tal motivo, se le invita a participar en esta encuesta que consiste en una entrevista en donde se utilizara la (escala de depresión de Yesabage); cuyas preguntas se dirigen a la identificación de depresión en el adulto. Se señala, que con base en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, título 1, artículo 17 y categoría 1 se considera a este tipo de investigación de riesgo mínimo, solamente representará para usted inversión de tiempo y esfuerzo al contestar y llenar la encuesta. El protocolo de investigación se apega a principios de la Declaración de Helsinki I, Helsinki II. Por ello, el protocolo cumple con la Ley General de Salud; con recomendaciones de investigación en humanos (Neuremberg, Helsinki, Tokio) y garantiza que la identidad de los participantes será protegida. Solo se aplica al aceptar voluntariamente y se ratifica con su firma; y podrá retirarse cuando lo decida, a pesar de que haya firmado el consentimiento, y no repercutirá en su atención.

Los beneficios inmediatos para usted, será conocer su estado de salud mental y sus factores de riesgo. Si usted lo desea, se le contactará un mes después de la encuesta para darle los resultados; en caso de un trastorno se le enviará al médico familiar y/o al especialista para su diagnóstico y tratamiento. Cabe señalar que en el manejo de la información se garantiza la privacidad y el uso confidencial, por lo tanto no aparecerá su nombre ni en presentaciones o publicaciones.

En caso de dudas o aclaraciones para este estudio podrá usted dirigirse al

Dra. Fabiola Álvarez Montero, Que podrá localizar en la Unidad de Atención Primaria a la Salud del IMSS: Insurgentes Sur #253 Col. Roma, Delegación Cuauhtémoc. México D.F. C.P. 06700. Teléfono: 55147125 y 55141674 Ext. 15638.

Dr. Jesús Maya Mondragón, que podrá localizar en la Unidad de Atención Primaria a la Salud del IMSS: Insurgentes Sur #253 Col. Roma, Delegación Cuauhtémoc. México D.F. C.P. 06700. Teléfono: 55147125 y 55141674 Ext. 15638.

Nombre y firma del sujeto

Dra. Fabiola Álvarez Montero

Investigador Principal

Testigo 1

Testigo 2

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas de la población adulta mayor de la UMF 28.

Variables	n= 422	%
Sexo		
Masculino	158	37.4
Femenino	264	62.6
Edad		
60-64	90	21.32
65-69	84	19.91
70-75	85	20.14
76-80	84	19.91
81-98	79	18.72
Estado Civil		
Soltero	224	53.1
Casado	198	46.9
Grado Escolar		
Analfabeta	45	10.7
Primaria	166	39.3
Secundaria	40	9.5
Preparatoria/Carrera técnica	84	19.9
Licenciatura y más	87	20.6
Religión		
Católica	347	82.2
Cristiana	11	2.6
Otras	11	2.6
Ninguna	53	12.6
¿Con quién vive?		
Solo	129	30.6
Hijos	106	25.1
Cónyuge	140	33.2
Otros	47	11.1
Turno		
Matutino	212	50.2
Vespertino	210	49.8
Tabaquismo		
Nunca	246	58.3
Exfumador	125	29.6
Fumador actual	51	12.1
Alcoholismo		
Nunca	277	65.6
Exconsumidor	86	20.4
Consumidor actual	59	14.0
Grado de depresión		
Sin depresión	246	58.3
Con depresión		
Leve	100	23.7
Moderada	51	12.1
Severa	25	5.9
Polifarmacia		
Si	338	81.0
No	84	19.0

Tabla 2. Variables sociodemográficas y polifarmacia en la población adulta mayor de la UMF 28.

Variable	Polifarmacia			p*
		Presente	Ausente	
	n	% (n)	% (n)	
Sexo				
Femenino	264	82.58 (218)	17.42 (46)	0.099
Masculino	158	75.95 (120)	24.05 (38)	
Grupos de edad (años)				
60 – 65	90	80.00 (72)	20.00 (18)	0.560
65 – 69	84	80.95 (68)	19.05 (16)	
70 – 75	85	83.53 (71)	16.47 (14)	
76 – 80	84	73.81 (62)	26.19 (22)	
81 y más	79	82.28 (65)	17.92 (14)	
Nivel socioeconómico				
Bajo	159	85.53 (136)	14.47 (23)	0.011
Medio	178	80.34 (143)	19.66 (35)	
Alto	85	69.41 (59)	30.59 (26)	
Estado civil				
Soltero	224	83.48 (187)	16.52 (37)	0.064
Casado	198	76.26 (151)	23.74 (47)	
Con quien vive				
Solo	129	89.92 (116)	10.08 (13)	0.001
Cónyuge	140	72.86 (102)	27.14 (38)	
Hijos	106	82.08 (87)	17.92 (19)	
Otros	47	70.21 (33)	29.79 (14)	
Grado de escolaridad				
Sin educación	45	86.67 (39)	13.33 (6)	0.229
Primaria	166	79.52 (132)	20.48 (34)	
Secundaria	40	67.50 (27)	32.50 (13)	
Prepa/carrera técnica	54	79.76 (67)	20.24 (17)	
Licenciatura	82	82.93 (68)	17.07 (14)	
Maestría	5	100.00 (5)	0.00	
Religión				
Católico	347	79.54 (276)	20.46 (71)	0.595
Cristiano	11	72.73 (8)	27.27 (3)	
Ninguna	53	81.82 (36)	18.18 (8)	
Otra	11	81.82 (9)	18.18 (2)	

* χ^2

Tabla 3. Síntomas psicósomáticos y polifarmacia en la población adulta mayor de la UMF 28.

Variable	Polifarmacia			p*
	Presente		Ausente	
	n	%	%	
Síntomas gastrointestinales				
Dificultad para comer	24	91.67 (22)	8.33 (2)	0.165
Pérdida de apetito	38	78.61 (33)	21.39 (5)	
Ninguno	360	86.84 (283)	13.16 (77)	
Insomnio precoz				
No	293	80.89 (237)	19.11 (56)	0.539
Si	129	78.29 (101)	21.71 (28)	
Insomnio intermedio				
Esta despierto durante	79	84.81 (67)	15.19 (12)	0.080
Esta desvelado	41	90.24 (37)	9.76 (4)	
No tiene dificultad	302	77.48 (234)	22.52 (68)	
Insomnio tardío				
No puede volver a dormir	28	78.57 (22)	21.42 (6)	0.774
Se despierta a las	44	84.09 (37)	15.91 (7)	
No tiene dificultad	350	79.71 (279)	20.29 (71)	
Ansiedad somática				
Ausente	213	77.93 (166)	22.07 (47)	0.180
Ligera	140	79.29 (111)	20.71 (29)	
Moderada	57	85.96 (49)	14.04 (8)	
Severa	12	100.00 (12)	0.00	
Pérdida de peso				
Pérdida de > 1 kilo	51	82.35 (42)	17.65 (9)	0.927
Pérdida de < 1 kilo	26	80.77 (21)	19.23 (5)	
Ninguna	344	100.00 (344)	0.00	

* χ^2

Tabla 4. Padecimientos crónicos y hábitos relacionados con polifarmacia en la población adulta mayor de la UMF 28.

Variable	Polifarmacia			p*
	n	Presente	Ausente	
		%	%	
Grado de depresión				
Ausente	246	67.48 (166)	32.52 (80)	0.000
Leve	100	98.00 (98)	2.00 (2)	
Moderada	51	96.08 (49)	3.92 (2)	
Severa	25	100.00 (25)	0.00 (0)	
Enfermedades crónicas				
Hipertensión	206	88.83 (183)	11.17 (23)	0.000
Ninguna	102	63.73 (65)	36.27 (37)	
Diabetes mellitus	46	97.83 (45)	2.17 (1)	
Osteoartritis	40	70.00 (28)	30.00 (12)	
Otras	28	69.71 (17)	39.29 (11)	
Alcoholismo				
Nunca	277	75.81 (210)	24.19 (67)	0.007
Bebedor actual	59	84.75 (50)	15.25 (9)	
Exbebedor	86	90.70 (78)	9.30 (8)	
Referencia al especialista				
Si	292	82.88 (242)	17.12 (50)	0.032
No	130	73.85 (96)	26.15 (34)	
Tabaquismo				
Fumador actual	51	86.27 (44)	13.73 (7)	0.076
Exfumador	125	73.60 (92)	26.40 (33)	
Nunca fumador	246	82.11 (202)	17.89 (44)	

* χ^2

Tabla 5. Factores relacionados con polifarmacia en la población adulta mayor de la UMF 28.

Variable	Polifarmacia					
	n	Presente % (n)	Ausente % (n)	RMP	IC _{95%}	p
Sexo						
Masculino ↓	158	75.95 (120)	24.05 (38)	1.00		
Femenino	264	82.58 (218)	17.42 (46)	1.5	(0.9249, 2.4349)	0.100
Edad (grupos)						
60 – 64 ↓	90	80.00 (72)	20.00 (18)	1.00		
65 – 69	84	80.95 (68)	19.05 (16)	1.46	(0.3880, 1.6332)	0.873
70 – 74	85	83.53 (71)	16.47 (14)	1.26	(0.5861, 2.7424)	0.547
75 – 79	84	73.81 (62)	26.19 (22)	0.70	(0.3465, 1.4322)	0.333
80 y más	79	82.28 (65)	17.92 (14)	1.16	(0.5348, 2.5188)	0.706
Nivel socioeconómico						
Bajo ↓	159	85.53 (136)	14.47 (23)	1.00		
Medio	178	80.34 (143)	19.66 (35)	0.69	(0.3883, 1.2292)	0.209
Alto	85	69.41 (59)	30.59 (26)	0.38	(0.2025, 0.7269)	0.003
Estado Civil						
Soltero ↓	224	83.48 (187)	16.52 (37)	1.00		
Casado	198	76.26 (151)	23.74 (47)	0.79	(0.3735, 1.5451)	0.512
Con quien vive						
Solo ↓	129	89.92 (116)	10.08 (13)	1.00		
Cónyuge	140	72.86 (102)	27.14 (38)	0.45	(0.2079, 1.0081)	0.035
Hijos	106	82.08 (87)	17.92 (19)	42.9	(18.593, 99.116)	0.000
Otros	47	70.21 (33)	29.79 (14)	0.43	(0.2001, 0.9602)	0.306
Grado de escolaridad						
Sin educación ↓	45	86.67 (39)	13.33 (6)	1.00		
Primaria	166	79.52 (132)	20.48 (34)	0.70	(0.3302, 1.5162)	0.372
Secundaria	40	67.50 (27)	32.50 (13)	0.53	(0.2600, 1.0947)	0.839
Prepa/carrera técnica	54	79.76 (67)	20.24 (17)	0.70	(0.3302, 1.5162)	0.372
Licenciatura	87	82.93 (68)	17.07 (14)	0.80	(0.3058, 0.5802)	0.580
Grado de depresión						
Sin depresión ↓	246	67.48 (166)	35.52(80)	1.00		
Leve	100	98.00 (98)	2.00(2)	23.61	(5.6785, 98.2014)	0.000
Moderado	51	96.08 (49)	3.92(2)	11.80	(2.8006, 49.7773)	0.001
Referencia al especialista						
No ↓	130	73.85 (96)	26.15 (34)	1.00		
Si	292	82.88 (242)	17.12 (50)	0.68	(0.3454, 1.3464)	0.033
Tabaquismo	176	74.27(130)	25.74(46)	0.74	(0.4581, 1.1971)	0.220
Alcoholismo	145	88.27(128)	11.73(17)	2.40	(1.3505, 4.2727)	0.003

↓ Categoría de referencia

Tabla 7. Modelo de regresión logística. Factores relacionados con polifarmacia en la población adulta mayor de la UMF 28.

Variables	RMPa	IC 95%	p
Sexo (femenino)	1.46	(.8127, 2.6490)	0.203
Grupos de edad (años)			
65 – 69	0.88	(0.3925, 2.0092)	0.775
70 – 75	1.01	(0.4381, 2.3543)	0.971
76 – 80	0.60	(0.2756, 1.3255)	0.209
81 - 98	0.79	(0.3376, 1.8784)	0.603
Nivel socioeconómico			
Medio	0.81	(0.4211, 1.5780)	0.544
Alto	0.66	(0.2949, 1.4867)	0.318
Tabaquismo	1.03	(0.5381, 2.0022)	0.911
Alcoholismo	1.84	(0.9593, 3.5595)	0.066
Grado de depresión			
Leve	18.26	(4.3123, 77.3475)	<0.0001
Moderado	11.83	(2.7785, 50.4429)	0.001

RMPa= Razón de momios de prevalencia ajustado

IC_{95%}= Intervalos de confianza al 95%

p= Valor de p

Nivel socio económico índice AMAI

A3.	Regadera funcionando en alguno de los baños.	<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Si tiene			
A4.	Número de focos en el hogar.	<input type="checkbox"/> 0-5	<input type="checkbox"/> 6-10	<input type="checkbox"/> 11-15	<input type="checkbox"/> 16-20	<input type="checkbox"/> 21 ó más
A5.	Tipo de piso (solamente cemento o de otro materia).	<input type="checkbox"/> Tierra ó cemento		<input type="checkbox"/> Otro tipo de material		
A6.	Autos (ya sea de su propiedad o no).	No tener	<input type="checkbox"/>	A7. Estufa de gas ó Eléctrica		
		1 Auto	<input type="checkbox"/>			
		2 Autos	<input type="checkbox"/>			
		3 Autos	<input type="checkbox"/>			
		4 Autos	<input type="checkbox"/>			
		Tiene	<input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="checkbox"/>	
A8.	Último año de estudios del jefe de familia	1. Sin instrucción <input type="checkbox"/> 2. Primaria ó secundaria completa ó incompleta. <input type="checkbox"/> 3. Carrera técnica, carrera comercial, preparatoria completa o incompleta <input type="checkbox"/> 4. Licenciatura completa o incompleta <input type="checkbox"/> 5. Maestría, diplomado, doctorado <input type="checkbox"/>				

Fargestrom (consumo de tabaco)

B1.	¿Le da el golpe (pasa el humo del cigarro a sus pulmones) al cigarro?	1. Nunca	<input type="checkbox"/>
		2. Algunas veces	<input type="checkbox"/>
		3. Siempre	<input type="checkbox"/>
B2.	¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	1. Primeros 5 minutos	<input type="checkbox"/>
		2. Entre 6 y 30 minutos	<input type="checkbox"/>
		3. Entre 31 y 60 minutos	<input type="checkbox"/>
		4. Más de 1 hora	<input type="checkbox"/>
B3.	¿Cuándo fuma usted más?	1. En la mañana	<input type="checkbox"/>
		2. En la noche	<input type="checkbox"/>
B4.	¿Usted Fuma incluso si tiene que quedarse en la cama por enfermedad?	1. Si	<input type="checkbox"/>
		2. No	<input type="checkbox"/>
B5.	De los cigarros que fuma durante el día ¿Cuál sería el más difícil de fumar para usted?	1. El primero de la mañana	<input type="checkbox"/>
		2. El de después de comer	<input type="checkbox"/>
		3. Cuando esta bajo tensión	<input type="checkbox"/>
		4. El del baño	<input type="checkbox"/>
		5. El de antes de dormir	<input type="checkbox"/>
		6. Algún otro	<input type="checkbox"/>
		5. Más de dos horas	<input type="checkbox"/>
		6. Todos	<input type="checkbox"/>
		7. Ninguno	<input type="checkbox"/>

B6.	Consumo diario	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Si <input type="checkbox"/>	B7.	¿Cuántos cigarrillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			2. No <input type="checkbox"/>					
B8.	¿Cuánto tiempo tarda en fumar o consumir el primer cigarro del día					1. Menos de 15 minutos <input type="checkbox"/>		
						2. Entre 16 y 30 <input type="checkbox"/>		
						3. Entre 31 y 60 <input type="checkbox"/>		
AUDIT (consumo de alcohol)								
C1.	¿Cuántas copas tomas en un día típico o común de los que bebes (cubas o equivalente como cervezas, vasos de pulque coolers o cualquier otra bebida que contenga alcohol.?)					1. 1 ó 2 <input type="checkbox"/>		
						2. 3 ó 4 <input type="checkbox"/>		
						3. 5 ó 6 <input type="checkbox"/>		
						4. 7 a 9 <input type="checkbox"/>		
						5. 10 ó más <input type="checkbox"/>		
						6. Nunca he bebido alcohol <input type="checkbox"/>		
C2.	¿Con qué frecuencia haz tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica?					1. Nunca en el último año <input type="checkbox"/>		
						2. Por lo menos una vez en el último año <input type="checkbox"/>		
						3. Una vez en el último mes <input type="checkbox"/>		
						4. De dos a veces en el último mes <input type="checkbox"/>		
						5. Una o más veces en la última semana <input type="checkbox"/>		
						6. Nunca he bebido alcohol <input type="checkbox"/>		
C3.	¿Con qué frecuencia en el último mes tomaste una copa completa de bebida alcohólicas como cerveza, vino, brandy, ron, tequila, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores piña colada o margaritas?					1. Nunca en el último mes <input type="checkbox"/>		
						2. Por lo menos 1 vez en el año <input type="checkbox"/>		
						3. Una vez en último mes <input type="checkbox"/>		
						4. De 2 a 3 veces en el último mes <input type="checkbox"/>		
						5. Una o más veces en la semana en la última <input type="checkbox"/>		
						6. Nunca he bebido <input type="checkbox"/>		
C4.	Durante los últimos 12 meses¿ Con que frecuencia.....	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Mensualmente <input type="checkbox"/>	Semanalmente <input type="checkbox"/>	Diario o casi diario <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	Nunca he bebido alcohol <input type="checkbox"/>	
C4.1	No pudiste para de beber menos de una vez que habías empezado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario	Nunca	Nunca he bebido alcohol
C.4.2 <i>Dejaste de hacer algo, que deberías haber hecho, por beber (como no ir al trabajo o a la escuela)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.4.3 <i>Bebiste en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.4.4 <i>Te sentiste culpable o tuviste remordimiento después de haber bebido?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5. <i>Olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6. <i>¿Te has lesionado o alguien ha resultado lesionado por ingesta de alcohol?</i>		No <input type="checkbox"/>	Sí, pero no en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/>	Si en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/>	Nunca he bebido alcohol <input type="checkbox"/>	
C7. <i>Algún/amigo/a, familiar o doctor/a se ha preocupado por la forma en que bebes o te ha sugerido que bajes el consumo?</i>		No <input type="checkbox"/>	Sí, pero no en los últimos 12 meses. <input type="checkbox"/>	Si, en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/>	Nunca he bebido alcohol <input type="checkbox"/>	
C8. <i>En el último mes se ha emborrachado y esto ocurre al menos 1 vez cada mes del último año</i>		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
C9. <i>Perteneces usted a algún grupo de AA?</i>		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Prescripción Inapropiada en el adulto mayor (STOPP)						
D1. <i>Digoxina a dosis mayores 125 mg/a largo plazo en presencia de insuficiencia renal.</i>		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
D2. <i>Diuréticos para edemas maleolares aislados, sin signos de insuficiencia cardiaca</i>		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
D3. <i>Diuréticos de asa como monoterapia de primera línea en la hipertensión</i>		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
D4. <i>Diuréticos tiazidicos con antecedente de gota</i>		Sí <input type="checkbox"/>	N o <input type="checkbox"/>			

Continuidad de Prescripción Inapropiada en el adulto mayor (STOPP)

D5. Bloqueadores beta no cardioselectivos en EPOC.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D6. Bloqueadores beta en combinación con verapamilo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D7. Antagonistas de calcio estreñimiento crónico.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D8. Uso de la combinación AAS y warfarina son antagonistas H2	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D9. Dipyridamol como monoterapia para la prevención cardiovascular secundaria.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D10. AAS con antecedentes ulcerosa péptica sin antagonistas H2 o IBP	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D11. AAS a dosis superiores 150 mg día	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D12. AAS sin antecedente de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D13. Warfarina para in primer episodio de trombosis venosa profunda no complicada durante más de 6 meses.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D14. Warfarina para una primera embolia pulmonar no complicada durante más de 12 meses.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D15. AAS, clopidogrel, dipyridamol, o warfarina con una enfermedad hemorragica concurrente	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Sistema nervioso central y psicofármacos

D16. ATC con demencia.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D17. ATC con glaucoma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D18. ATC con estreñimiento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D19. ATC con un opiáceo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Continuidad de Prescripción Inapropiada en el adulto mayor (STOPP)

D20. ATC con prostatismo o antecedentes de retención urinaria	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D21. Uso prolongado (más de 1 mes) de benzodiazepinas de vida media larga como clordiazepóxido, flurazepam, nitrazepam, clonazepato) o benzodiazepina con metabolitos de larga acción (diazepam).	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D22. Uso prolongado (más de un mes) de neurolepticos como hipnóticos a largo plazo.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D23. Uso prolongado (más de un mes) de neurolepticos en el parkinsonismo.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D24. Fenoatiazidas en pacientes con epilepsia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D25. Anticolinérgicos para tratar los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolepticos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D26. ISRS con antecedentes de hiponatremia clínicamente significativa	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D27. Uso prolongado (mas de 1 semana) de antihistamínicos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D28. Difenoxilato, loperamida o fosfato de codeína para el tratamiento de la Diarrea de causa desconocida.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D29. Difenoxilato, loperamida o fosfato de codeína para el tratamiento de la gastroenteritis infecciosa grave i.e con diarrea sanguinolenta , fiebre elevada y afectación sistémica.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D30. Proclorperazina o metoclopramida con parkinson	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D31. IBP para enfermedad úlcero péptica a dosis terapéuticas plenas durante más de 8 semanas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D32. Espasmódicos colinérgicos en el estreñimiento crónicos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D33. Teofilina como monoterapia en la EPOC	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D34. Corticoesteroides sistémicos en lugar de inhalados para el tratamiento de mantenimiento de la EPOC moderada-grave	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

D35. Ipatropio inhalado en glaucoma	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sistema musculoesqueletico		
D36. AINES con antecedentes de enfermedad ulcerosa pèptica o hemorrágica digestiva, salvo con uso simultaneo de antagonistas H2, IBP o misoprostol.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D37. AINE con hipertensión moderada-grave (moderada 160/100 mmHg- 179/190 mmHg grave igual o superiores 180/110)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D38. AINE con insuficiencia cardiaca	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D39. Uso prolongado de AINE (más de 3 meses) para el alivio del dolor articular leve en la osteoartritis.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D40. Warfarina y AINE juntos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D41. AINE con insuficiencia renal crónica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D42. Corticoides a largo plazo (más de 3 meses) con monoterapia para artritis o la artrosis.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D43. AINE o colchicina a largo plazo para el tratamiento crónico de gota cuando no existe contraindicación con el alopurinol.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sistema Urogenital		
D44. Fármacos antimuscarínicos asociados con demencia.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D45. Fármacos antimuscarínicos asociados con glaucoma.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D46. Fármacos antimuscarínicos asociados con estreñimiento.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D47. Fármacos antimuscarínicos asociados con prostatismo crónico.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D48. Bloqueadores alfa en varones con incontinencia frecuente i.e. con uno o más episodios de incontinencia al día.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D49. Bloqueadores alfa con sonda vesical permanente i.e sonda durante más de 2 meses.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4		

Escala de Yesavage para depresión en el adulto mayor

F1.	En general ¿ Esta usted satisfecho con su vida?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F2.	Ha abandonado muchas de las tareas habituales y aficiones?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F3.	¿Siente que su vida esta vacía?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F4.	¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F5.	Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F6.	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F8.	¿Con frecuencia se siente desamparado/a o desprotegido?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F9.	¿Prefiere usted quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F10.	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F11.	En estos momento ¿piensa que es estupendo estar vivo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F12.	¿Actualmente se siente un/a inútil?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F13.	¿Se siente lleno/a de energía?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F14.	¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
F15.	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Sintomatología Somática

G.1	Insomnio Precoz	1. No tiene dificultad <input type="checkbox"/> 2. Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo más de media hora en conciliar el sueño <input type="checkbox"/> 3. Dificultad para dormir cada noche <input type="checkbox"/>
G.2	Insomnio Intermedio	1. No hay dificultad. <input type="checkbox"/> 2. Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche. <input type="checkbox"/> 3. Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 excepto (motivos de evacuar). <input type="checkbox"/>
G.3	Insomnio Tardío	1. No hay dificultad. <input type="checkbox"/> 2. Se despierta a las primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a quedar a dormir. <input type="checkbox"/> 3. No puede volverse a dormir si se levanta de la cama. <input type="checkbox"/>
G.4	Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: boca diarrea, eructos, indigestión etc, cardiovasculares palpitaciones y cefaleas, respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada y transpiración)	1. Ausente <input type="checkbox"/> 2. Ligera <input type="checkbox"/> 3. Moderada <input type="checkbox"/> 4. Severa <input type="checkbox"/> 5. Incapacitante <input type="checkbox"/>
G.5	Síntomas Gastrointestinales	1. Ninguno <input type="checkbox"/> 2. Pérdida de apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen <input type="checkbox"/> 3. Dificultad en comer si no se insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales. <input type="checkbox"/>
G.6	Pérdida de peso	1. Pérdida de peso inferior a 500 gr. En una semana <input type="checkbox"/> 2. Pérdida de más 500 gr. En una semana <input type="checkbox"/> 3. Pérdida de peso de más de 1 kg. En una semana. <input type="checkbox"/>

<p>G.7 Inhibición psicomotora (lentitud del pensamiento y el lenguaje, facultad de concentración disminuida , disminución de la actividad motora</p>	<p>1. Palabra o pensamientos normales <input type="checkbox"/></p> <p>2. Ligero retraso en el habla <input type="checkbox"/></p> <p>3. Evidente retraso en el habla <input type="checkbox"/></p> <p>4. Dificultad para expresarse <input type="checkbox"/></p> <p>5. Incapacidad para expresarse <input type="checkbox"/></p>
<p>G.8 Agitación psicomotora</p>	<p>1. Ninguna <input type="checkbox"/></p> <p>2. Juega con los dedos <input type="checkbox"/></p> <p>3. Juega con sus manos, cabellos etc. <input type="checkbox"/></p> <p>4. No se puede quedar quieto ni permanecer sentado. <input type="checkbox"/></p> <p>5. Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira los cabellos, se muerde los labios. <input type="checkbox"/></p>
<p>G.9 Ansiedad psíquica</p>	<p>1. No hay dificultad <input type="checkbox"/></p> <p>2. Tensión subjetiva <input type="checkbox"/></p> <p>3. Preocupación por pequeñas cosas. <input type="checkbox"/></p> <p>4. Actitud aprensiva en la expresión o en el habla. <input type="checkbox"/></p> <p>5. Expresa sus temores sin que le pregunten <input type="checkbox"/></p>
<p>G.10 Tiempo transcurrido con la presencia de síntomas.</p>	<p>1. 0-6 meses <input type="checkbox"/></p> <p>2. 7-12 meses <input type="checkbox"/></p> <p>3. más de un año. <input type="checkbox"/></p>
<p>G.11 Número de consultas a la que ha acudido con su medico familiar por la sintomatología referida.</p>	<p>1. 1-6 veces <input type="checkbox"/></p> <p>2. 7-12 veces <input type="checkbox"/></p> <p>3. >13 veces <input type="checkbox"/></p>
<p>G.12 La han referido con algún médico especialista debido a esta sintomatología.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>G.13 Con que médico especialista lo han enviado/a?</p>	<p>1. Cardiólogo <input type="checkbox"/></p> <p>2. Gastroenterólogo. <input type="checkbox"/></p> <p>3. Neurologo <input type="checkbox"/></p> <p>4. Endocrinólogo. <input type="checkbox"/></p> <p>5. Psiquiatra <input type="checkbox"/></p>
<p>G.14 ¿Cuántas veces acudido con algún médico especialista?</p>	<p>1. 1-6 veces <input type="checkbox"/></p> <p>2. 7-12 veces <input type="checkbox"/></p> <p>3. más de 13 <input type="checkbox"/></p>
<p>G.15 Ha tenido que consultar a algún médico particular debido a que no se concluye su diagnostico.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>G.16 Le receto su médico particular algún medicamento.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

Comorbilidad

H.1 Usted padece alguna enfermedad?

En cada pregunta, por favor *indique* la opción que mejor describa su respuesta.

Ninguna

1

Hipertensión

2

Enfermedades
del corazón

3

Diabetes

4

Cáncer

5

Ceguera

6

Insuficiencia renal

7

Pie diabético

8

Trastornos del colesterol y
triglicéridos

9

Enfermedad
cerebrovascular

10

Enfermedad
pulmonar

11

Artritis

12

Enfermedad mental

13

I.1 Con quien vive usted?

Con nadie

Nietos

Conyuge

Hijos

Otros no familiares

Otros familiares

J.1

Mencione los medicamentos que consume y para que los consume