



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94

**TITULO:**

**RELACIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS CON EL DESCONTROL TENSIONAL  
EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR No 94**

CON FINES DE TITULACION DE LA ESPECIALIDAD  
EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

**INVESTIGADOR ASOCIADO:**

DRA. CINTHYA NALLELY TETZPA REYES  
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO UMF 94  
MATRICULA: 98366136  
TELEFONO: 55883234  
MAIL: [tyna8\\_ssf@hotmail.com](mailto:tyna8_ssf@hotmail.com)

**INVESTIGADOR RESPONSABLE:**

DR. RODRIGO VILLASEÑOR HIDALGO  
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UMF 94  
MATRICULA: 99366361  
TELEFONO: 57672799 EXTENSION: 21465  
MAIL: [rodriguin60@hotmail.com](mailto:rodriguin60@hotmail.com)

**INVESTIGADOR ASOCIADO:**

DRA. ESTHER AZCARATE GARCIA  
MEDICO FAMILIAR  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
MATRICULA: 99176628  
MAIL: [estherazcarate@gmail.com](mailto:estherazcarate@gmail.com)  
TELEFONO: 4431572629

2016

MÉXICO, D. F.



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.

**AUTORIZACIONES:**

Autorizado por el comité Local de investigación en Salud N° 3511

N° de Registro Institucional

R-2014-3511-34

---

Dr. Victor Manuel Aguilar

Coordinador Delegacional de Investigación en Educación Salud

---

Dr. Humberto Pedraza Méndez

Coordinador Delegacional de Educación en Salud

---

Dr. Celso Marcelo Juárez Paredes

Director de la Unidad de Medicina Familiar N° 94

---

Dr. Guillermo Arroyo Fregoso

Coordinador de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar N°94

---

Dra. Esther Azcarate García

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar N°94

**AGRADECIMIENTOS:**

**Agradezco en primer lugar a Dios padre por darme esa vocación y paciencia para con mis pacientes, así también por iluminarme en este que parecía un interminable camino que después de tantas situaciones suscitadas me ha dado esa fuerza de búfalo que caracteriza a su pueblo y es que gracias a eso he llegado hasta aquí.**

**Agradezco sin lugar a dudas a mi madre que ha sido el sol que ilumina cada uno de mis días y por haber sido el ejemplo de una mujer fuerte y honorable a mi hermano y padre que son mi fuente de inspiración y que es por ellos que he luchado hasta donde estoy y a ese ángel que tengo en el cielo cuidándome e guiándome día a día; Gracias Ivan.**

**A mi querida familia Tetzpa y Reyes que indudablemente siempre han estado en cada momento conmigo y que siempre me perdonan por no estar en esos momentos importantes; pero que aun así lo entienden.**

**A mis amigos que me han guiado y apoyado moral y emocionalmente, solo ustedes saben todo lo que hemos pasado y nos ha costado para llegar hasta aquí, así que felicidades a todos y cada uno de ustedes.**

**A mis profesores y maestros de vida que no solo te enseñan de Medicina sino como lidiar con la vida siendo un médico.**

**Gracias a todos**

## ÍNDICE

Introducción.....	6
Marco Teórico.....	8
Antecedentes Científicos.....	14
Planteamiento del Problema.....	15
Pregunta de Investigación.....	16
Objetivo de Estudio.....	16
Expectativa Empírica.....	16
Metodología.....	17
Identificación de Variables.....	17
Diseño de Estudio.....	19
Universo de Trabajo.....	19
Población de Estudio.....	19
Muestra.....	19
Determinación Estadística del Tamaño de la Muestra.....	19
Tipo de Muestreo.....	19
Procedimiento para la Integración de la Muestra.....	19
Criterios de Selección:	
Criterios de Inclusión y no Inclusión.....	20
Hoja de Recolección de Información.....	20
Descripción del Programa de Trabajo.....	20
Análisis Estadístico.....	21
Difusión del Estudio.....	21
Consideraciones Éticas del Estudio.....	21
Resultados.....	22
Análisis de resultados.....	32

Conclusiones.....	33
Bibliografía.....	34
Anexos:	
Anexo1: Cronograma.....	37
Anexo 2: Cuestionario Yesavage.....	38
Anexo 3: Carta de Consentimiento.....	39

## INTRODUCCIÓN

Las necesidades de la población actual han cambiado drásticamente, debido a la inversión de la pirámide poblacional o también llamada transición demográfica, la cual está causando un aumento considerable de las personas que malamente llamamos viejos, sin saber realmente el significado de este concepto. Estos cambios demográficos son debidos a la disminución de la natalidad y de la mortalidad.

Según las Naciones Unidas, se considera a una persona adulto mayor aquella que tiene una edad de 60 años en adelante, esto referido a México por ser un país de vías de desarrollo.

Dentro de las cifras que maneja el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se espera una población de adultos mayores de aproximadamente 1,342 millones, por lo tanto, 1 de cada 4 habitantes será adulto mayor, para el 2050; esto es de gran relevancia, debido a que los servicios de salud tendrán que modificar sus estrategias y estructura, con base a las necesidades de la población por la demanda de este grupo etario.

Los adultos mayores pasan por muchos cambios tanto en el ámbito físico, orgánico, fisiológico, social, cognoscitivo y psicológico; dicha circunstancia, amerita adaptación de las personas que integran su red de apoyo, las cuales deberán de estar preparadas de alguna manera. Es importante la perspectiva que se tiene de un anciano, debido a que esta etapa la viviremos todos; es por esto, que debemos de aprender a respetar y valorar todas las situaciones que rodean al adulto mayor, sin desprenderse y olvidar el apoyo de los cuidados necesarios en caso tener una enfermedad crónica.

Una de las situaciones que padecen estos pacientes, es la regresión a un estado de dependencia de sus familiares, y aunque no se ve en todos los casos, con frecuencia es debido a las comorbilidades que pueden tener estos; la calidad de vida que se tenga en esta etapa es esencial para poder decir que se tiene una vejez saludable; sin embargo cuando esta no se cumple en su totalidad hace al adulto mayor susceptible a un deterioro en su entorno biopsicosocial, con manifestaciones como la indiferencia al medio, tristeza, pérdida de peso, falta de autocuidado, entre otras; sintomatología que está catalogada como atípica de una depresión en este grupo etario.

La prevalencia de enfermedades crónicas en estos pacientes es de relevancia, según la última Encuesta Nacional de Salud realizada en el 2012, respecto a los pacientes hipertensos, muestra que la prevalencia de esta enfermedad es mayor en pacientes entre 60 y 74 años, lo que revela, que este grupo, amerita ser abordado con mayor enfoque y no solo cuidar su tratamiento farmacológico, sino tomar en cuenta su calidad de vida, ya que de esto dependerá un buen control tensional.

Algunas de las causas de un descontrol hipertensivo, que puede llegar a una crisis tipo urgencia o emergencia, tiene que ver con la inadecuada toma de medicamentos, comorbilidades añadidas a esta patología, así como un estado de estrés o de inestabilidad emocional; esto nos hace notar que el control tensional inadecuado puede tener relación con una labilidad emocional o síntomas depresivos, objeto del presente estudio.



## MARCO TEORICO

### El Adulto Mayor

El envejecimiento se considera una etapa de la vida como cualquier otra, sin embargo, ésta trae consigo consideraciones desde el punto de vista científico, biológico, médico y psicológico; por ello es importante conocer más a fondo todos aquellos cambios que pueden provocar alteraciones en todo el entorno familiar.

Empezaremos por la definición del adulto mayor, que según las Naciones Unidas consideran a una persona anciana aquella que cumple una edad de 65 años tomando en cuenta que se encuentra en un país desarrollado y en caso de los países en desarrollo se toma como edad la de 60 años. <sup>1</sup>

A su vez, el envejecimiento global de la población es consecuencia de factores directos como el incremento de la edad media de la población, la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se consideran como personas con edad avanzada a los que se encuentran entre 60 a 74 años, viejas o ancianas las que tienen de 75 a 90 años y las que sobrepasan los 90 años se denominan grandes viejos o grandes longevos.

El INEGI, en registros del 2010, documenta que existen alrededor de 4.86 millones de ancianos en el país actualmente, y para el 2050 habrá un total aproximado de 132 millones de ancianos o adultos mayores, por lo tanto 1 de cada 4 habitantes serán adultos mayores, cifras esperadas para el 2050. <sup>2, 3</sup>

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 1 de cada 5 consultas que otorga un médico familiar son dirigidas a adultos mayores y gran parte de estas por enfermedades crónicas degenerativas; la población adulta mayor tiene un nivel de demanda del 10% en las consultas de primera vez y en las subsecuentes un 10-20% con respecto a la población en general.

A nivel institucional, se mostró en el último diagnóstico de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, hay un total de 35,752 pacientes mayores de 60 años a nivel Distrito Federal; por lo cual se ve en aumento este grupo etario a comparación del resto de la población. <sup>4</sup>

La Gerontología es aquella rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades de los adultos mayores, estudia el envejecimiento del ser humano. <sup>5</sup>

Dentro de la Geriatría es de suma importancia el que se expresen los diferentes tipos de envejecimiento, dentro de los cuales se incluyen:

- Envejecimiento ideal: Cuando el paciente es capaz de realizar cualquier actividad de la vida diaria, debido a que este tiene una salud óptima y no posee factores de riesgo.
- Envejecimiento activo: En este se tiene una salud bueno, con factores de riesgo mínimo, este tiene alguna enfermedad crónica sin embargo percibe su estado de salud como regular.
- Envejecimiento habitual: Este tiene factores de riesgo mínimo, con más de una enfermedad crónica con limitación de las actividades instrumentadas de la vida diaria con o sin deterioro neurológico.
- Envejecimiento patológico: Estado de salud malo, no importando los factores de riesgo, con mala auto percepción de la salud y dependiente de terceros deterioro cognoscitivo. <sup>6</sup>

La definición y las características de este grupo etario, varían en cuanto a áreas e idiosincrasia; algunas personas referirán que puede ser una etapa de confort y de felicidad, sin embargo habrá otras que opinen que esta etapa es de sufrimiento y de enfermedades; todo esto se enfoca en las experiencias que cada ser humano tenga con las personas allegadas a esta etapa de la vida, y de esto dependerá en gran parte de cómo tomen y vivan personalmente su vejez, sin duda alguna tendrá que ver a su vez con el tipo de comorbilidades que en esta etapa lo acompañen.

7,8

Es en esta etapa de la vida, en la que se observa una marginación por la sociedad, la persona adulta mayor se afectada en los aspectos del ámbito laboral, familiar, social y político.

### **Depresión en el Adulto Mayor**

Está definida como la presencia de síntomas de pérdida de interés, así como la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria; esta a su vez incluyen desmotivación alteraciones cognitivas físicas y conductuales, la cual tiene diferentes tipos de severidad. <sup>7</sup>

La categorización de la depresión dada por la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE10), la divide en episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y distimia; a su vez el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM V), la categoriza en episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor, episodio único y recidivante, trastorno distímico y trastorno no especificado; esta última, haciendo énfasis en el tiempo de evolución.

Es de suma importancia mencionar que dentro de estas clasificaciones no está estipulada la edad; sin embargo, algo en lo que la Guía de Práctica Clínica (GPC) de los Criterios Diagnósticos y Tratamiento de Depresión en el Adulto Mayor, hace énfasis en la problemática en que se ve envuelto el diagnóstico de esta patología debido a la presentación atípica de la sintomatología, la cual se caracteriza por la presencia de somatización, irritabilidad, insomnio, abatimiento funcional, disminución de autocuidado y alteraciones cognitivas.<sup>8, 9</sup>

La incidencia de presentar síntomas depresivos en este grupo etario es del 7% al 36%, y se eleva hasta en un 40% en pacientes hospitalizados; se tiene cifras que hasta un 25% de las personas mayores de 65 años padecen un trastorno de origen psiquiátrico, del cual la depresión suele ser el más frecuente; es relevante que la depresión se presenta con más regularidad y llegando a una cifra de hasta 40% en aquellos pacientes que presentan enfermedades crónicas o comorbilidades a diferencia de aquellos que no las padecen y se encuentran en cifras del 10 al 20%; otras cifras mencionan, que aproximadamente 20-25% de esta población, la cual se encuentra en alguna residencia geriátrica presenta esta sintomatología. Es de vital importancia mencionar que solo del 12-25% de los pacientes con sintomatología depresiva reciben un tratamiento adecuado ya que esta patología esta subdiagnosticada.<sup>7,8</sup>

El efecto que este padecimiento tiene ante la sociedad, nivel sanitario, comunidad y familiar es de alto impacto, ya que afecta la parte funcional, social y ocupacional de la persona que lo padece, que de no contar con red de apoyo familiar esta la patología de agrava hasta complicar la vida.

Al ser sintomatología atípica, puede conllevar datos tan generales como la hiporexia, hasta llegar a las ideas o actos suicidas; los síntomas como la tristeza o inutilidad, pueden ser somatizados por este tipo de pacientes; es importante señalar que la primera causa de pérdida de peso en esta población es la depresión y que conlleva alteración funcional, debido a que condiciona a su vez un declive en la función cognitiva y física.

Otro aspecto fundamental en el desarrollo de la depresión en el adulto mayor es la existencia de la discapacidad y la dependencia que esta puede provocar hacia las redes de apoyo familiar, siendo este un círculo vicioso para desencadenar un cuadro depresivo aún mayor.<sup>9,10</sup>

Según información de la OMS, 5 de las 10 causas de discapacidad son relacionadas a trastornos psiquiátricos y se cree que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial.

También se asocia a la interacción de algunos medicamentos, se mencionan los beta-bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio, inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina (IECA), Metildopa y Tamoxifeno, Corticoesteroides, fármacos de prescripción frecuente en este tipo de pacientes; es de suma importancia que el médico de primer contacto considere los medicamentos que se relacionan con el proceso depresivo; de la misma manera se mencionan comorbilidades asociadas: Deshidratación, Hiperglucemia, Hipertiroidismo, Insuficiencia Cardíaca, Colon Irritable, Incontinencia Urinaria, Demencia, Enfermedad de Parkinson, así como Diabetes Mellitus e Hipertensión.

11, 12, 13.

Dentro del diagnóstico o identificación de un proceso depresivo, se encuentran diferentes escalas o herramientas para su identificación, existen cuestionarios específicos para estos síntomas en este grupo de edad, como la escala de depresión geriátrica de Yesavage, que se enfoca principalmente a la identificación de síntomas depresivos en los adultos mayores, creada por Yesavage y colaboradores, la cual inicialmente constaba de 30 ítems, sin embargo en 1986 se creó un cuestionario más corto con solo 15 ítems, cuya elección de preguntas correlacionan mejor con la sintomatología depresiva.; de estos 15 ítems, 10 indican la presencia de depresión cuando esta se responden con una afirmación y las restantes indican depresión cuando se responden de manera negativa; esta herramienta cataloga a la persona como normal cuando tiene un puntaje de 0-4, con depresión leve cuando su puntaje es de 5-8, depresión moderada cuando este rango está entre 9-11 y más de 11 se cataloga como una depresión severa, la sensibilidad y especificidad de esta prueba es de 92 y 89% respectivamente.<sup>14</sup>

En la elección del tratamiento es importante destacar el objetivo del mismo, tomando en cuenta la reincorporación a una vida saludable y plena, así como la disminución o remisión de toda la sintomatología que se llegue a presentar, es importante a su vez, indagar en las comorbilidades presentes en el paciente adulto mayor para la elección de un antidepresivo.

Los inhibidores de la recaptura de Serotonina son los fármacos de primera elección en el tratamiento de depresión en un adulto mayor, debido a su menor cardiotoxicidad, mayor seguridad en la sobredosis y menor toxicidad cognitiva. Los principales efectos adversos de estos medicamentos incluyen: sintomatología gastrointestinal, agitación, disfunción sexual así como efectos parkinsonianos, aquellos probados a nivel clínico son: Sertralina, Paroxetina, Citalopram y Flouxetina. Los antidepresivos tricíclicos dejaron de ser la primera opción de tratamiento antidepresivo en estos pacientes debido los efectos anticolinérgicos y cardiovasculares, así como la intoxicación cognitiva que estos causaban. <sup>15, 16, 17</sup>

### **Hipertensión en el Adulto Mayor**

Los miembros del Eighth Joint National Committee (JNC 8), mencionan que en aquellas personas de 60 años o más, se inicie tratamiento farmacológico para reducir sus cifras tensionales con una presión arterial sistólica (PAS) de 150mmHg o mayor o con una presión arterial diastólica (PAD) de 90mmHg o más; y lleguen a la meta de PAS menor a 150mmHg y de PAD menor a 90mmHg. <sup>18</sup>

En el último reporte de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizado en el 2012, se vio reflejado que entre el 2000 y el 2006 la prevalencia de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) incrementó del 19.7% hasta un 31.6%, teniendo una cifra actual de 31.5%; mencionando a su vez la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno, ya que se demostró que del 100% de la población Hipertensa el 43.7% no se sabía con tal enfermedad. Según esta encuesta el grupo etario en el que se ve una mayor prevalencia de HAS es de 60 a 74 años, es decir que tanto el diagnóstico como el tratamiento de esta patología se tiene que ver encaminado a este grupo de población. Sin olvidarnos de la prevención y detección oportuna de este padecimiento. <sup>19</sup>

Esta patología nos aumenta en gran medida el riesgo cardiovascular, la cual predispone a padecer enfermedades de tipo cardíaco, cerebral o renal, órganos vitales principalmente afectados; daños debidos a un mal control de la Tensión Arterial (TA) e inclusive a la aparición de descontrol súbito de la TA, denominada Crisis Hipertensiva.

El descontrol tensional crónico se define como la elevación continua de la TA aún con medidas terapéuticas por arriba de la meta de control: >140/90mmHg con presencia o no de síntomas de vasoespasmo.

El descontrol tensional agudo se define como la elevación súbita de la TA llegando a parámetros de hasta  $>180/120\text{mmHg}$  en algunas literaturas se refiere una cifra de  $210/120\text{mmHg}$ ; esta se cataloga en Urgencia Hipertensiva cuando no hay evidencia de daño a órgano blanco y una Emergencia Hipertensiva incluye daño a órgano blanco, los cuales deberán ser tratados en un ambiente hospitalario.

Tanto el descontrol tensional agudo y crónico, con mayor gravedad una crisis hipertensiva (emergencia o urgencia), son las principales causas de ingresos hospitalarios. Por lo cual es importante un buen manejo del paciente Hipertenso, para así poder evitar este tipo de situaciones.

El JNC VIII nos reporta que aquellas personas mayores de 50 años de edad el que tengan una Presión Arterial Sistólica mayor de  $140\text{mmHg}$  le proporciona un mayor riesgo cardiovascular que aquellas que tienen una Presión Arterial Diastólica alta. Se pensará en añadir terapia farmacológica con 2 medicamentos cuando se tengan cifras tensionales por arriba de 10 a  $20\text{mmHg}$  del valor deseado.

El tratamiento indicado para un paciente Hipertenso implica no solo la rama farmacológica, sino la integración de todo un programa de calidad de vida, que implica entre otras cosas el cambio del plan de alimentos (dieta tipo Dash la cual implica poca ingesta de grasas saturadas con integración de frutas y verduras a la dieta) disminuir el consumo de sal con asociación de ejercicio aeróbico efectivo 30 minutos al día por lo menos 5 veces a la semana, disminuir el consumo de alcohol, evitar el hábito tabáquico y disminución de peso.

Dentro del tratamiento farmacológico se encuentran una serie de medicamentos que dependiendo del grado de Hipertensión es el medicamento de elección, dentro de estos se encuentran las tiazidas que son las de primer elección en paciente con HAS grado 1, en casos donde existan cifras de TA por arriba de 10 a  $20\text{mmHg}$  por arriba de la esperada se pensara en iniciar tratamiento con otro tipo de antihipertensivos como lo son: los beta bloqueadores, calcio antagonistas, inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina o los Antagonista de los receptores de Angiotensina II. <sup>20, 21</sup>

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En la literatura médica son pocas las publicaciones en las cuales hablen de la relación que existe con los síntomas depresivos y el descontrol hipertensivo en adultos mayores, sin embargo lo más actual incluye:

En el 2012 James M. Ellison, realizó una revisión de las recomendaciones de tratamiento de depresión en adultos mayores. En donde se da una breve introducción a cerca de los métodos de diagnóstico así como la presentación sintomatológica en este grupo etario, se da a su vez diferentes tipos de diagnósticos diferenciales y se muestran las diferentes escalas para la valoración y el diagnóstico de un paciente adulto mayor con depresión. En el artículo se menciona que el tratamiento de elección para esta patología en este grupo de edad es la los inhibidores de la recaptura de serotonina idealmente la Paroxetina, así como una terapia cognitivo conductual como tratamiento de elección para esta patología. <sup>22</sup>

El segundo artículo del 2012 elaborado por Sandra Rackley, titulado: La depresión en diferentes patologías, hace mención de la importancia del diagnóstico de esta problema de salud debido a que los padecimientos que en este se nombran principalmente crónicos están relacionados con sintomatología depresiva y es por esto que se debe brindar una orientación sobre como el paciente se puede dar cuenta de esta situación. Nos brinda también un listado de aquellos medicamentos que pueden estar implicados en el origen de la depresión.

23

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Lo que ha adoptado el nombre de Transición Demográfica nos revela una disminución importante de la natalidad y mortalidad así como un aumento significativo de la esperanza de vida se arrojan datos que esta será de aproximadamente 74 años para el 2050, lo cual nos da una estimación que para este periodo habrá 1 adulto mayor por cada 5 habitantes.

Algo relevante, es que debido a estas cifras, la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas irá en aumento; entre ellas y de gran importancia, está la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), la cual alcanza una cifra de 15 millones de personas en el territorio mexicano. Esto predispone a la población portadora de esta patología a elevar su riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares que hoy en día representan una de las principales causas de muerte en nuestro país y a nivel mundial. Es importante que los médicos familiares conozcan los regímenes de tratamiento farmacológico y los cambios en los estilos de vida, evitando ingresos hospitalarios por una descompensación en esta enfermedad y disminuir el impacto en los recursos.

Dentro de los padecimientos subdiagnosticados y subtratados del adulto mayor esta la depresión, se cree que la presencia de la sintomatología atípica que se presenta en este grupo etario es a causa del mismo proceso de envejecimiento, donde la preocupación, quejas somáticas, aislamiento social, deterioro del autocuidado, obsesiones o compulsiones, son comunes.

Se incluyen como factores predisponentes para un proceso depresivo, que el adulto mayor padezca alguna enfermedad, la escasa red familiar, el bajo apoyo o alteraciones emocionales, circunstancias que pueden desencadenar un proceso de desequilibrio o descontrol en las comorbilidades. El médico familiar debe de estar involucrando en la atención integral de la salud del adulto mayor, que incluya el abordaje de su ambiente biopsicosocial, con enfoque de riesgo a identificar sintomatología depresiva, la cual como ya se mencionó en este grupo etario no es típica y que a su vez nos puede condicionar agudización en las comorbilidades que se presentan.

Este trabajo hace mención a la relación que puede existir en la aparición de sintomatología depresiva en el adulto mayor con el descontrol de cifras tensionales en personas que padecen Hipertensión Arterial Sistémica, aplicando el test de Yesavage respecto a su control tensional aplicando una prueba estadística.



## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existe relación de síntomas depresivos con el descontrol tensional en adultos mayores hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar No 94?

## **JUSTIFICACION:**

Dentro de la llamada transición epidemiológica, se encuentra un incremento en el grupo etario denominados adultos mayores, conllevando una exponencial presentación de enfermedades crónicas, entre ellas la Hipertensión Arterial, cuyo tema relevante es el descontrol tensional, por repercutir sus complicaciones en todos los recursos institucionales; este fenómeno es multifactorial; sin embargo la sintomatología depresiva, la cual es de presentación atípica en este grupo etario, tiene alta prevalencia en este grupo de pacientes y un abordaje oportuno puede mejorar las cifras tensionales y así prevenir complicaciones agudas y crónicas.

El presente trabajo se considera una necesidad por tratar de indagar como un aspecto emocional puede ser determinante en el control tensional del adulto mayor con hipertensión arterial.

## **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la relación de síntomas depresivos con el descontrol tensional en adultos mayores hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar No 94

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar la frecuencia de adultos mayor hipertenso con descontrol tensional
- Reconocer el grado de síntomas depresivos en adultos mayores con hipertensión arterial.

## **HIPOTESIS**

- **HIPOTESIS ALTERNA**
  - Existe relación entre síntomas depresivos con el descontrol de cifras tensionales en adultos mayores hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar No.94.
- **HIPOTESIS NULA**
  - No existe relación entre síntomas depresivos con el descontrol de cifras tensionales en adultos mayores hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar No.94

## **METODOLOGIA**

### **IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES**

#### **VARIABLES UNIVERSALES**

Edad.

Género.

Estado civil.

Ocupación.

Escolaridad.

#### **VARIABLES DE ESTUDIO:**

Síntomas depresivos.

Control Tensional.

RELACIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS CON EL DESCONTROL TENSIONAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94

**CUADRO DE VARIABLES**

**VARIABLES UNIVERSALES**

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías de la variable
EDAD	Tiempo cronológico del individuo desde el nacimiento. Edad en años	Edad en años referida por el paciente	Lo referido por el participante	Cuantitativa Discreta	Razón	Años
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos de educación escolarizada seguidos en un establecimiento docente	Último grado académico referido en la encuesta	Lo referido por el participante	Cualitativa Policotómica	Ordinal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato/Técnico 5. Licenciatura 6. Posgrado
GÉNERO	Característica fenotípica del participante,	Sexo biológico referido por el paciente.	Lo referido por el participante	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1. Hombre 2. Mujer
ESTADO CIVIL	Situación jurídica del participante	Tipo de estado civil referido por el paciente	Lo referido por el participante	Cualitativa Policotómica	Nominal	1. Soltero 2. Viudo 3. Divorciado 4. Casado
OCUPACIÓN	Actividad que permite desempeñar a un sujeto una profesión u oficio	Actividad laboral que realiza el participante	Lo referido por el participante	Cualitativa Policotómica	Nominal	1. Aún trabaja 2. Pensionados o jubilados. 3. Labores del hogar 4. Desempleado

**VARIABLES DE ESTUDIO**

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías de la variable
DEPRESIÓN	Cortejo de signos y síntomas caracterizados por estado de ánimo triste, anhedonia, apatía, indecisión, entre otra sintomatología	Se estadiará dependiendo de la sintomatología presente en el paciente	Con base a los indicadores de los 15 ítems que indaga el instrumento de Yesavage	Cualitativa Policotómica	Ordinal	1. Sin depresión. 2. Depresión leve 3. Depresión moderada. 4. Depresión severa
CONTROL TENSIONAL	Prueba diagnóstica que permite el registro de las cifras de tensión arterial de forma continua en un determinado periodo de tiempo. Este se realiza con el uso de esfigmomanómetro.	Se clasificará de acuerdo a las cifras tensionales que presenten los pacientes	Cifra tensional del paciente con hipertensión arterial	Cualitativa Dicotómica	Ordinal	1. Controlado (<140/90 mmHg) 2. Descontrolado (>140/90 mmHg)

## **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Observacional, analítico, transversal y prospectivo.

## **UNIVERSO DE TRABAJO**

Adulto Mayor con Hipertensión Arterial Sistémica.

## **POBLACIÓN**

Adulto Mayor con Hipertensión Arterial Sistémica derechohabiente al IMSS.

## **MUESTRA**

Adulto Mayor con Hipertensión Arterial Sistémica derechohabiente al IMSS adscritos a la UMF No. 94.

## **DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Con ayuda del programa Epi info. V6 utilizando la fórmula para el cálculo de una muestra en una encuesta poblacional a un nivel de confianza del 95%, con un total de 3,114 Hipertensos de 60 años o más adscritos a la UMF No. 94 del IMSS con un error esperado de 0.5% se obtuvo un tamaño de muestra de 174 pacientes agregándose un 20% por posibles pérdidas se obtiene un mínimo de 208 participantes.

## **TIPO DE MUESTREO**

No probabilístico por conveniencia.

## **PROCEDIMIENTO PARA LA INTEGRACIÓN DE LA MUESTRA**

Se realizará tomando en cuenta a los pacientes Hipertensos de edad entre 60 años o más adscritos a la UMF 94 del IMSS, información que se obtiene con base en los archivos reportados en el área de informática médica y archivo clínico (ARIMAC), donde contiene el registro de dichos pacientes con información útil para su localización, donde se incluye el nombre, número de afiliación, consultorio, turno y fecha de próxima cita.

El día de su cita, en sala de espera, tras su localización y previo consentimiento informado, se procede al llenado de hoja de recolección de datos demográficos y de aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage, posteriormente se estadificará el tipo de control tensional con base a la cifra registrada tras su consulta médica.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

- *CRITERIOS DE INCLUSIÓN*
  - Portadores de Hipertensos Arterial Sistémica.
  - Con 60 años o más
  - Adscritos a la UMF 94 del IMSS
  - Que acepten ingresar al protocolo de investigación bajo consentimiento informado.
  
- *CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN*
  - Que no contesten el instrumento y datos demográficos al 100%.
  -

## PROGRAMA DE TRABAJO

Las actividades desarrolladas y programadas para la realización el presente trabajo se especifican en tiempo en el cronograma.

(ANEXO 1)

## HOJA DE RECOLECCION DE INFORMACION:

Los datos obtenidos serán vertidos en una hoja de recolección de datos la cual está diseñada exprofeso en el programa Excel y contiene los siguientes datos:

- Edad
- Escolaridad
- Ocupación
- Cifras tensionales

## DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

### Escala de Depresión geriátrica de Yesavage

Instrumento originalmente diseñado por un cuestionario de 30 preguntas en donde el paciente adulto mayor externará su sintomatología utilizando como parámetro los últimos 7 días previos a la recolección de datos; en 1986 se creó un instrumento de tan solo 15 ítems, eligiendo solo los ítems que se relacionaban mejor con los síntomas depresivos.

De estos 15 puntos, 10 se relacionan con la presencia de síntomas depresivos al contestar afirmativamente, el resto de estas (ítems 1, 5, 7, 11 y 13) indican sintomatología depresiva cuando la respuesta es negativa. Preguntas con respuestas con valor numérico, cuyo resultado considera que al presentar de 0-4

es un paciente normal, 5-8 indican depresión leve, 9-11 depresión moderada y de 11-15 una depresión severa.

Su utilidad radica en que puede ser realizado en un lapso de no más de 5 minutos y se puede aplicar a pacientes de cualquier estrato social o nivel educativo, así como aquellos adultos mayores con comorbilidades o con deterioro cognitivo de leve a moderado.

La sensibilidad y especificidad de este instrumento está documentada del 92% y 89% respectivamente; dicho instrumento no reemplaza en sí la evaluación y diagnóstico definitivo de un Psiquiatra, sin embargo brinda información al personal de salud para una sospecha diagnóstica certera con envío oportuno al personal capacitado para el manejo y seguimiento de estos pacientes.

(ANEXO 2)

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El análisis de los datos obtenidos se realizará con apoyo del programa estadístico SPSS V.14; para comprobar la hipótesis con las variables de estudio se empleará la prueba estadística T de student, que se utiliza para contrarrestar hipótesis sobre medias en poblaciones con distribución normal y que tiene como objetivo determinar si dos variables con dos o más categorías o cualidades referidas a individuos de una población, están relacionadas. Las variables universales se presentarán en cuadros y figuras.

## **DIFUSIÓN DEL ESTUDIO**

Este protocolo de estudio tendrá como objetivo proyectarse en una sesión médica de la Unidad de Medicina Familiar 94 del IMSS así como en un artículo de revista médica indexada.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este trabajo tiene base éticas en los lineamientos internacionales de la declaración Helsinki elaborado en 1964, así como los principios del código de Núremberg de 1947, que determinan que la experimentación médica sea permisible en seres humanos con base en el consentimiento informado voluntario del sujeto humano

con absoluta comprensión de los riesgos y beneficios implícitos; tomando en consideración siempre la reducción del riesgo con daño al mínimo y con la libertad de retirarse de la investigación por voluntad en cualquier momento.

Con estrecho apego a los lineamientos de la Ley Orgánica de Salud, donde se hace énfasis en realizar toda actividad de investigación bajo consentimiento informado y que no pongan en peligro la vida.

El presente protocolo es de riesgo bajo por contemplar como maniobra el aplicar un test escrito, sin embargo se actuará con respeto a las personas teniendo como base el trato personal digno y educado, manteniendo toda actividad, operación, información y decisión sin distinciones, como lo marca el código de Belmont.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Todos los participantes estarán informados de los objetivos del trabajo, alcances, incomodidades, tipo de participación y posibles beneficios con su consentimiento.

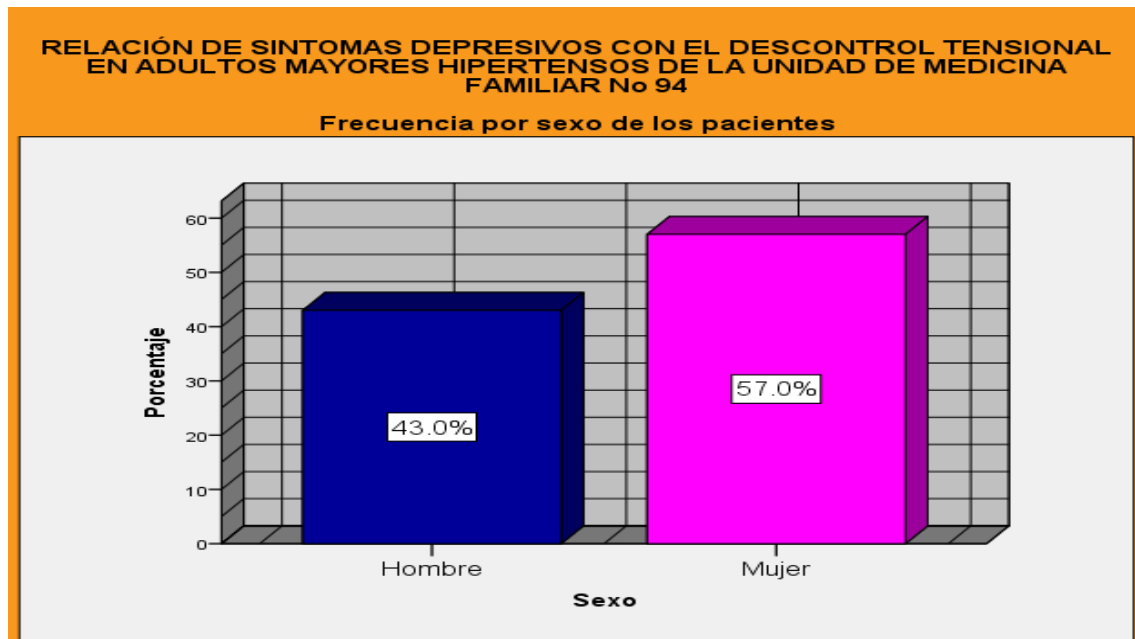
(ANEXO 3)

**RESULTADOS:**

**Frecuencia de Sexo de los pacientes.**

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	43	43.0	43.0	43.0
	Mujer	57	57.0	57.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Descripción: Fueron encuestados 100 pacientes, de los cuales 43 (43.0%) son hombres y 57 (57.0%) son mujeres



La gráfica muestra que el 57% de las personas encuestadas fueron mujeres



# RELACIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS CON EL DESCONTROL TENSIONAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94

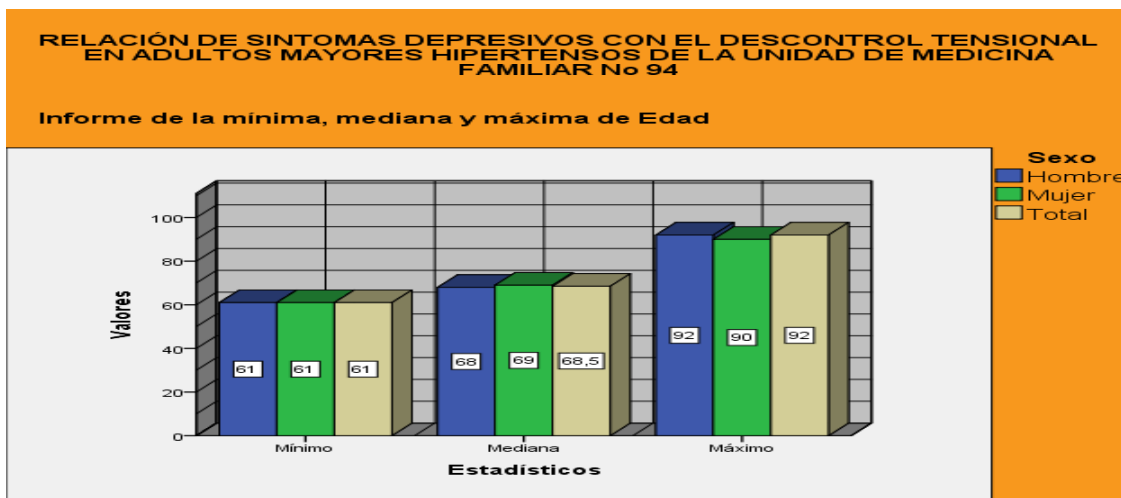
## Mínima, mediana y máxima de edad.

### Edad

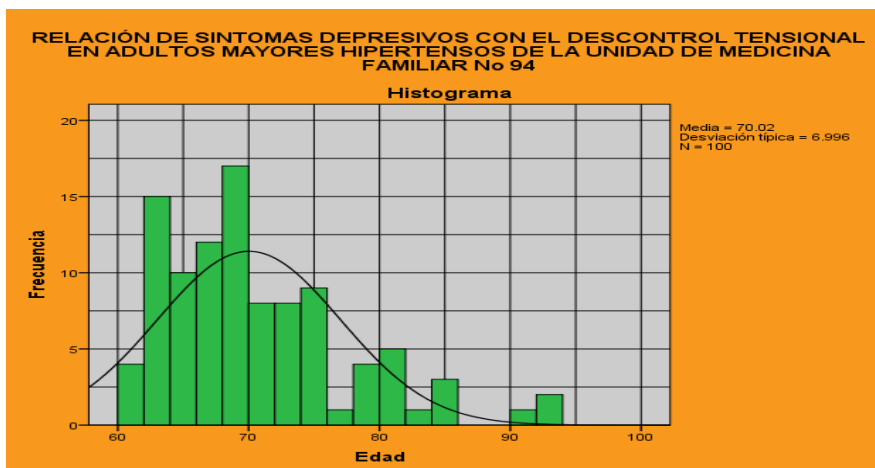
Sexo	Mínimo	Mediana	Máximo
Hombre	61	68	92
Mujer	61	69	90
Total	61	69	92

Descripción: La edad mínima de los pacientes fue de 61 años de edad, la mediana de 69 años y la máxima de 92.

Visto por género, los hombres su edad mínima fue de 61 años, la mediana de 68 y la máxima de 92. Con las mujeres la edad mínima fue de 61 años, la mediana de 69 y la máxima de 90.



Gráficamente se observa que en la edad mínima están empatados los géneros. En la edad mediana es más mayor la mujer y en la edad máxima el hombre es el que tiene la mayor edad, a comparación de la mujer.



En el histograma se puede observar que todos los pacientes empiezan después de los 60 años, la edad central está en los 70 y después baja la curva hasta llegar a pacientes con edades mayores a 90 años.

## Frecuencia de síntomas depresivos por sexo.

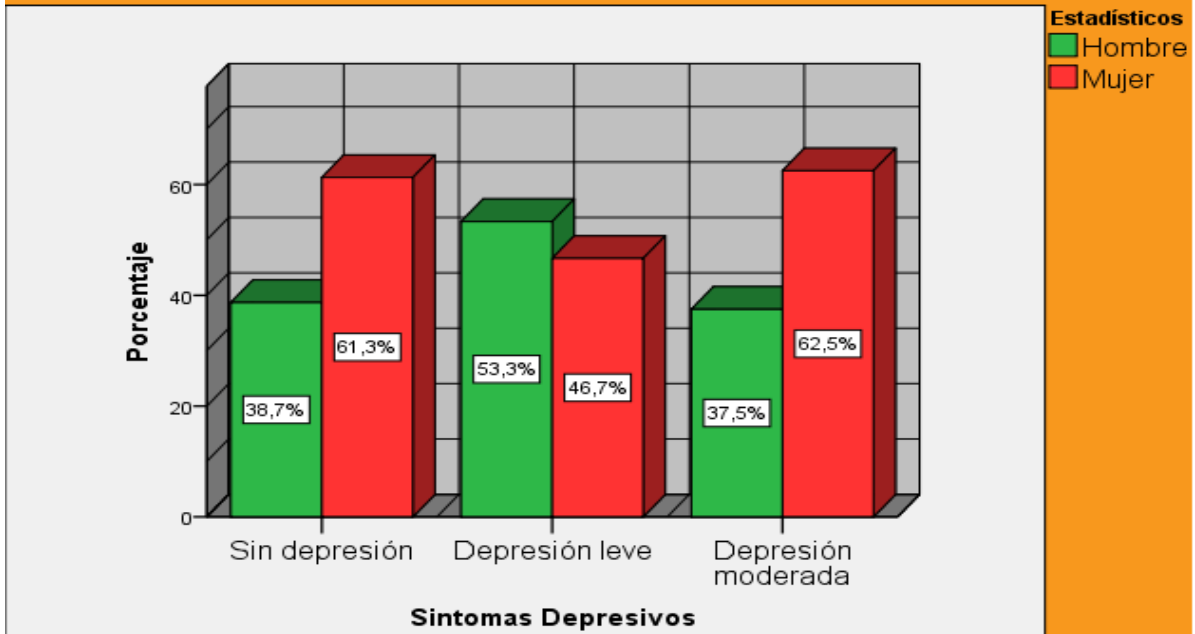
**Tabla de contingencia Sexo \* Síntomas Depresivos**

			Síntomas Depresivos			Total
			Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada	
Sexo	Hombre	Recuento	24	16	3	43
		% dentro de Sexo	55.8%	37.2%	7.0%	100.0%
		% dentro de Síntomas Depresivos	38.7%	53.3%	37.5%	43.0%
Sexo	Mujer	Recuento	38	14	5	57
		% dentro de Sexo	66.7%	24.6%	8.8%	100.0%
		% dentro de Síntomas Depresivos	61.3%	46.7%	62.5%	57.0%
Total	Recuento		62	30	8	100
	% dentro de Sexo		62.0%	30.0%	8.0%	100.0%
	% dentro de Síntomas Depresivos		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Descripción: Los paciente fueron catalogados de la siguiente manera: Síntomas depresivos en los pacientes. 62 (62.0%) Sin Depresión, 30 (30.0%) con Depresión leve y 8 (8.0%) con Depresión moderada. De aquellos que no presentaron depresión, 24 (38.7%) son hombres, y 38 (61.3%) son mujeres. Depresión leve, 16 (53.3%) son hombres y 14 (24.6%) son mujeres; depresión moderada, 3 (37.5%) son hombres y 5 (62.5%) son mujeres. De los 43 pacientes hombres, 24 (55.8%) no tiene depresión, 16 (37.2%) presentaron depresión leve y 3 (7.0%) presentaron depresión moderada. De los 57 pacientes mujeres, 38 (66.7%) no tienen depresión, 14 (24.6%) presentaron depresión leve y 5 (8.8%) presentaron depresión moderada.

RELACIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS CON EL DESCONTROL TENSIONAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94

Sexo por Sintomas Depresivos



Se observa que gráficamente que en el caso de los hombres, el que tuvo un porcentaje más alto fue el de Depresión leve, y el más bajo fue el de depresión moderada. En el caso de las mujeres el más alto fue para la Depresión moderada y el más bajo fue para la Depresión leve.

## Frecuencia de control tensional por sexo.

**Tabla de contingencia Sexo \* Control tensional**

			Control tensional		Total
			Controlado	Descontrolado	
Sexo	Hombre	Recuento	24	19	43
		% dentro de Sexo	55.8%	44.2%	100.0%
		% dentro de Control tensional	36.4%	55.9%	43.0%
Sexo	Mujer	Recuento	42	15	57
		% dentro de Sexo	73.7%	26.3%	100.0%
		% dentro de Control tensional	63.6%	44.1%	57.0%
Total	Recuento		66	34	100
	% dentro de Sexo		66.0%	34.0%	100.0%
	% dentro de Control tensional		100.0%	100.0%	100.0%

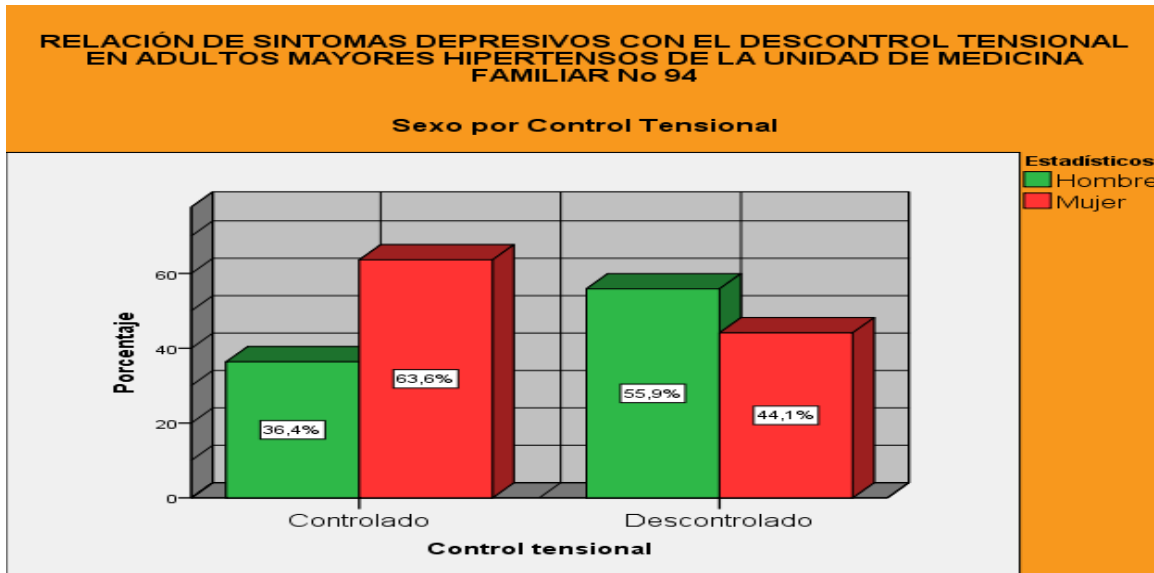
Descripción: Se muestra como resultado que 66 (66.0%) de los pacientes están controlados y 34 (34.0%) están descontrolados.

De los pacientes controlados, 24 (36.4%) son hombres y 42 (63.6%) son mujeres.

De los pacientes descontrolados 19 (55.9%) son hombres y 15 (44.1%) son mujeres.

De los 43 pacientes hombres, 24 (55.8%) son Controlados y 19 (44.2%) son Descontrolados.

De los 57 pacientes mujeres, 42 (73.7%) son controlados y 15 (26.3%) son descontrolados.



Se puede observar que en el caso de los controlados, es mayor el porcentaje para las mujeres que para los hombres; y para el caso de los descontrolados, es mayor el porcentaje para los hombres que para las mujeres.

## Chi-cuadrada.

**Tabla de contingencia Síntomas Depresivos \* Control tensional**

			Control tensional		Total
			Controlado	Descontrolado	
Síntomas Depresivos	Sin depresión	Recuento	46	16	62
		% dentro de Síntomas Depresivos	74.2%	25.8%	100.0%
		% dentro de Control tensional	69.7%	47.1%	62.0%
	Depresión leve	Recuento	18	12	30
		% dentro de Síntomas Depresivos	60.0%	40.0%	100.0%
		% dentro de Control tensional	27.3%	35.3%	30.0%
	Depresión moderada	Recuento	2	6	8
		% dentro de Síntomas Depresivos	25.0%	75.0%	100.0%
		% dentro de Control tensional	3.0%	17.6%	8.0%
Total	Recuento	66	34	100	
	% dentro de Síntomas Depresivos	66.0%	34.0%	100.0%	
	% dentro de Control tensional	100.0%	100.0%	100.0%	

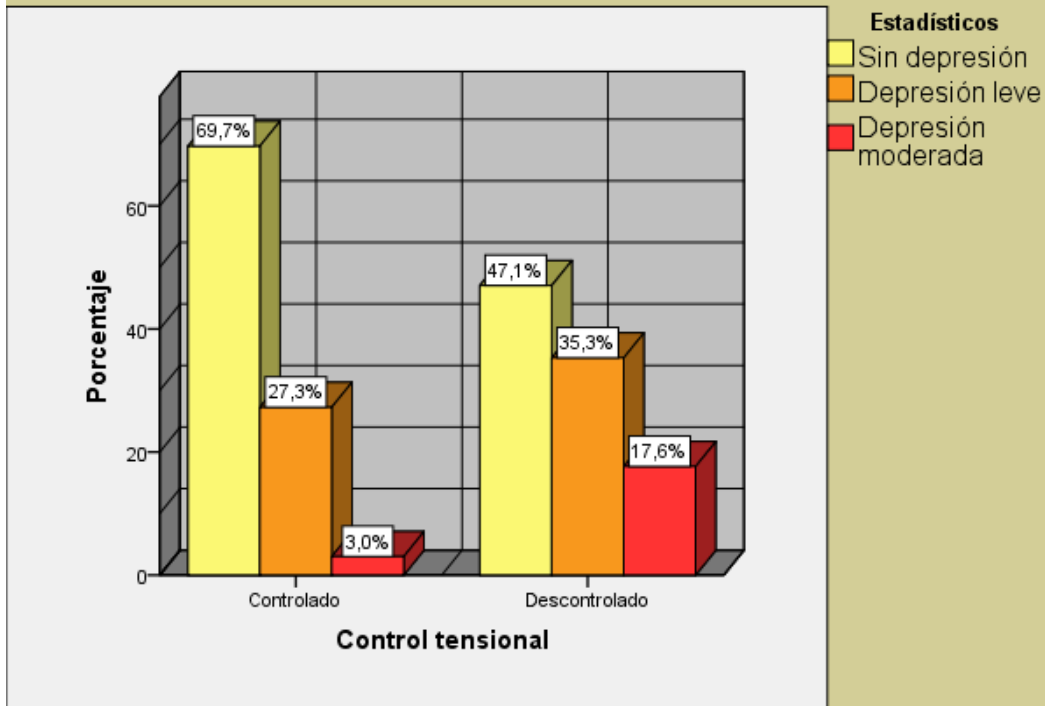
Descripción: En el cruce de las variables Síntomas Depresivos con Control Tensional se observa que 66 (66.0%) son controlados y 34 (34.0%) son descontrolados.

De los controlados, 46 (69.7%) están sin depresión, 18 (27.3%) están con depresión y 2 (3.0%) están con depresión moderada.

De los descontrolados, 16 (47.1%) no tienen depresión, 12 (35.3%) tienen depresión leve y 6 (17.6%) tienen depresión moderada.

RELACIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS CON EL DESCONTROL TENSIONAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94

Sintomas Depresivos por Control Tensional



Gráficamente se observa que en el caso de los Controlados, el porcentaje más alto fue para los pacientes Sin depresión, después el menos alto es para aquellos con Depresión leve y por último aquellos pacientes con Depresión moderada. En el caso de los Descontrolados, el porcentaje más alto fue para los pacientes sin depresión, después el menos alto para los pacientes con Depresión leve y por último para los pacientes con Depresión moderada. Comparando grupos, tanto para los pacientes Controlados como descontrolados, aquellos sin depresión es más alto en los controlados que en los descontrolados, aquellos con Depresión leve, su porcentaje es más alto en los descontrolados que en los controlados; y aquellos con Depresión moderada su porcentaje es más alto para los descontrolados que en los controlados.

## Chi-cuadrada.

**Tabla de contingencia Síntomas Depresivos \* Control tensional**

			Control tensional		Total
			Controlado	Descontrolado	
Síntomas Depresivos	Sin depresión	Recuento	46	16	62
		% dentro de Síntomas Depresivos	74.2%	25.8%	100.0%
		% dentro de Control tensional	69.7%	47.1%	62.0%
	Depresión leve	Recuento	18	12	30
		% dentro de Síntomas Depresivos	60.0%	40.0%	100.0%
		% dentro de Control tensional	27.3%	35.3%	30.0%
	Depresión moderada	Recuento	2	6	8
		% dentro de Síntomas Depresivos	25.0%	75.0%	100.0%
		% dentro de Control tensional	3.0%	17.6%	8.0%
Total	Recuento	66	34	100	
	% dentro de Síntomas Depresivos	66.0%	34.0%	100.0%	
	% dentro de Control tensional	100.0%	100.0%	100.0%	

Descripción: En el cruce de las variables Síntomas Depresivos con Control Tensional se observa que 66 (66.0%) son controlados y 34 (34.0%) son descontrolados.

De los controlados, 46 (69.7%) están sin depresión, 18 (27.3%) están con depresión y 2 (3.0%) están con depresión moderada.

De los descontrolados, 16 (47.1%) no tienen depresión, 12 (35.3%) tienen depresión leve y 6 (17.6%) tienen depresión moderada.

Nivel de significancia.

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.329 <sup>a</sup>	2	.016
Razón de verosimilitudes	8.022	2	.018
Asociación lineal por lineal	7.550	1	.006
N de casos válidos	100		

a. 1 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.72.

Estimación del p-valor

$$P = .016$$

Toma de decisión

$P < 0.05$ , entonces rechazamos la hipótesis Nula

H1.- Existe relación entre síntomas depresivos con el descontrol de cifras tensionales en adultos mayores hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar No.94.



## **ANÁLISIS:**

Dentro de este estudio se realizó el cuestionario de Yesavage aplicándose a adultos mayores con Hipertensión adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 94, encuestando un total de 100 personas de las cuales el 57% de los pacientes eran mujeres. A su vez la media de edad e estos fue de 61 años, la mediana de 69 y la máxima de 92. De estos la edad mínima en los hombres fue de 61 años, la mediana de 68 y la máxima de 92, en las mujeres la edad mínima fue de 61 la mediana de 69 y la máxima de 90.

Dentro de la frecuencia de los síntomas depresivos aproximadamente el porcentaje más alto en el género femenino fue de depresión moderada no así en el caso de los hombres que presentaron depresión leve.

Durante este estudio lo que se planea constatar es que dentro de los paciente adultos mayores hipertensos con descontrol tensional adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°94 hay un porcentaje de síntomas depresivos, los cuales están sub diagnosticados y por lo tanto no se brinda un tratamiento multidisciplinario de forma oportuna, es por esto que mediante este estudio utilizando la prueba estadística de chi cuadrada se pretende realizar demostrar nuestra hipótesis que menciona que existe una relación de los síntomas depresivos con el descontrol hipertensivo, mostrando según nuestra prueba estadística Chi cuadrada un valor de p de 0.16 con alto valor de significancia.

## **CONCLUSIONES:**

Gran parte de los adultos mayores se encuentran con síntomas depresivos, esto nos conlleva a un impacto no solo social sino económico a nivel institucional, ya que parte de este grupo etéreo padecen de enfermedades crónico degenerativas y parte del descontrol de estas enfermedades es su estado anímico por lo tanto es importante poder diagnosticar y tratar de una manera multidisciplinaria los síntomas depresivos: detectándolos desde el hogar y teniendo una asistencia médica oportuna, lo cual disminuirá los ingresos hospitalarios por descontrol hipertensivo y a su vez mejorara la calidad de vida no solo del paciente sino de todo su entorno social.

En este trabajo de investigación podemos constatar que gran parte de nuestra población adulta mayor tiene síntomas depresivos, los cuales si se diagnostican a tiempo podrán una atención oportuna dentro de este diagnóstico está el realizar cuestionarios como el de Yesavage el cual podrá ser realizado por personal de salud de las unidades de medicina familiar y nos da parámetros de síntomas depresivos en esta población para su tratamiento oportuno.

### **SUGERENCIAS:**

#### **ASISTENCIALES:**

- Identificación por el médico familiar de aquellos pacientes vulnerables a estos pacientes mediante realización de instrumentos de funcionalidad familiar y dinámicas en familias con este tipo de integrantes.
- Orientar y capacitar al personal de salud para la realización de cuestionario de Yesavage en aquellos pacientes vulnerables con enfermedades crónico degenerativas.

#### **DE INVESTIGACION:**

- Realización de manera rutinaria cuestionarios como el de Yesavage el cual nos ayuda al diagnóstico de patologías comunes en los adultos mayores las cuales se encuentran sub diagnosticadas y con esto mejorar su calidad de vida.

#### **DE EDUCACION:**

- Instruir a la familia del adulto mayor con mayor énfasis al cuidador primario de este a la identificación de síntomas depresivos así como descontrol hipertensivo para su diagnóstico y tratamiento oportuno.

## BIBLIOGRAFIA

1. Huenchuan, S, Los derechos de las Personas mayores, Materiales de estudio y divulgación. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Junio 2011. (citado Nov 2014): 1-20. Disponible en: [http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo\\_1.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf).
2. Dávila, G Y, Hernández L. Perfil Epidemiológico del Adulto mayor en México. Secretaría de Salud Subsecretaría de prevención y promoción de la salud Dirección general de epidemiología. Junio 2010. (citado Nov 2014): 13-117.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Estadísticas a propósito del día Internacional de las personas de edad. 2014. 1-20. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2014/adultos0.pdf>
4. Instituto Mexicano del Seguro Social,. Diagnóstico de Salud Unidad de Medicina Familiar 94. 2013. 1-54.
5. Robles, MJ. Definición y objetivos de la especialidad de Geriátría. Tipología de ancianos y población diana. Agosto2009. 25-32.
6. Ávila FM, Definición y Objetivos de la Geriátría .Revista Instituto de Geriátría. Junio 2010; 5 (2). 49-54.
7. Guía de Práctica Clínica CENETEC, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor, en el Primer Nivel de Atención, IMSS 194-10. 2011 (citado Nov 2014). 3-67. Disponible: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194\\_GPC\\_DEPRESION\\_AM/GPC\\_DEPRESION\\_ADULTO\\_1er\\_NIV.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf)
8. Becerro, M. Depresión en el Adulto Mayor. Departamento de Psiquiatría y Psicogeriatría, Facultad de Medicina UNAM. 2009. 1-20.
9. Braun M, Cines P. Hypersomnia in Older Patients. Sleep Med Clin 7 (2012) 365–378.
10. Becerra M. Depresión en el Adulto Mayor. Depto de Salud Mental y Psiquiatría. Agust 2010. 1-8.

11. Kuerbis K, Sacco I, Blaze D, Substance Abuse Among Older Adults. Clin Geriatr Med 30 (2014) 629–654.
12. Granados JA, Peralta MA, Munguía C. Síntomas depresivos como factor de riesgo para polifarmacia en pacientes mayores de 60 años. Gac Méd Méx Vol. 143 No. 4, 2007: 285-289.
13. Guías de Práctica Clínica en el Mayor desde la Atención Primaria. Depresión en el Mayor, manejo y prevención de la depresión en el Mayor. Barcelona, España 2011: 1-82.
14. Deneke E, Schultz H, Fluent T. Screening for Depression in the Primary Care Population. Prim Care Clin Office Pract 41 (2014) 399–420.
15. García B, Nogueras EV, Muñoz F. Guía de práctica clínica para depresión en Atención Primaria. Grupo para el Estudio de Depresión en Atención Primaria. Málaga 2011: 1-186.
16. Arian P, Niu G. Choosing Treatment for Depression in Older Adults and Evaluating Response. Clin Geriatr Med 30 (2014) 535–551.
17. Ramos JA, Diaz A. Tratamiento actual de la depresión en el anciano. Hospital de Santa Creu i Sant Pau, Barcelona Jun2013: 1-5.
18. Arguedas JA. Guías basadas en la evidencia para el Manejo de la Presión Arterial elevada en los adultos 2014 (JNC 8). Actualización Médica Periódica. Enero 2014. 152:1-14.
19. Instituto Mexicano de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Marzo2012. (citado: Nov 2014): 13:180. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
20. Corrigan M, Pallaki M. General Principle of Hypertension Management in the Elderly Clin Geriatr Med 25 (2009) 207–212.
21. Krousel M, Muntner P, Morisky D, Webber L. Determinants of Medication Adherence in Hypertension Management: Perspective of the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults. Med Clin N Am 93 (2009) 753–769.
22. Gleason O, Pierce A, Walker A, Warnock JA. The Two-Way Relationship Between Medical Illness and Late-Life Depression. Psychiatr Clin N Am 36 (2013) 533–544.
23. Hindi, F, Dew MA, Albert SA, Lotrich, FE, Reynolds CF. Preventing Depression in Later Life: State on the Art and Science Circa 2011. Psychiatr Clin N Am 34 (2011) 67–78.

# ANEXOS

RELACIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS CON EL DESCONTROL TENSIONAL EN ADULTOS MAYORES  
HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94

	MES	OCT	NOV	DIC	ENER O	FEB	MARZ O	ABRI L
<b>Elaboración del Protocolo</b>	P	P	P					
	R	R	R					
<b>Búsqueda de Instrumento</b>	P		P					
	R		R					
<b>Prueba Piloto</b>	P		P					
	R		R					
<b>Presentación al CLIES para registro de protocolo</b>	P		P					
	R							
<b>Recolección de la información</b>	P			P				
	R							
<b>Elaboración de la base de datos</b>	P				P	P		
	R							
<b>Captura de los información</b>	P					P		
	R							
<b>Procesamiento de Datos</b>	P						P	
	R							
<b>Análisis de los Resultados</b>	P						P	
	R							
<b>Elaboración del escrito científico</b>	P							P
	R							

**ANEXO 1**

**ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

<b>PREGUNTA</b>			
1.	satisfecho con su vida?	¿Está usted	SI NO
2.	abandonado usted muchos intereses y actividades?	Ha	SI NO
3.	usted que su vida está vacía?	¿Siente	SI NO
4.	usted frecuentemente aburrido?	¿Se siente	SI NO
5.	de buen humor la mayora del tiempo?	¿Está usted	SI NO
6.	miedo a que le vaya a pasar algo malo?	¿Tiene	SI NO
7.	usted feliz la mayor parte del tiempo?	¿Se siente	SI NO
8.	usted importante?	¿Se siente	SI NO
9.	usted quedarse en el cuarto en vez de salir?	¿Prefiere	SI NO
10.	tiene más problemas de memoria que los demás?	¿Cree que	SI NO
11.	que es maravilloso seguir viviendo?	¿Cree usted	SI NO
12.	para usted empezar proyectos nuevos?	¿Es difícil	SI NO
13.	usted lleno de energía?	¿Se siente	SI NO
14.	usted sin esperanza?	Se siente	SI NO
15.	los demás tienen más suerte que usted?	¿Cree que	SI NO

**ANEXO 2**

RELACIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS CON EL DESCONTROL TENSIONAL EN ADULTOS MAYORES  
HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

**RELACIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS CON EL DESCONTROL TENSIONAL EN  
ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94**

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

México, D.F., Diciembre del 2014

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Determinar la relación de síntomas depresivos con el descontrol tensional en adultos mayores hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar No 94.

Procedimientos:

Aplicación del cuestionario de Yesavage, recabando cifra tensional y datos personales en pacientes hipertensos adultos mayores afiliados a la UMF 94.

Posibles riesgos y molestias:

Tiempo requerido para contestar el cuestionario de Yesavage y otorgar datos personales.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Conocer la relación de la sintomatología depresiva en el descontrol hipertensivo.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se orientará respecto al puntaje a cerca de la sintomatología depresiva al aplicar el cuestionario del Yesavage y de la cifra tensional que reporte.

Participación o retiro:

En cualquier momento del periodo del protocolo.

Privacidad y confidencialidad:

Todos los datos se manejaran en confidencialidad.

Beneficios al término del estudio:

Conocer que la presencia de síntomas depresivos pueden favorecer el descontrol de sus cifras tensionales y se orientará respecto a los servicios de apoyo para abordaje integral.

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

Investigador Responsable:

Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo, Matrícula: 99366361 Teléfono: 57672799, extensión 21465.

Colaborador:

Dra. Tetzpa Reyes Cinthya Nallely, Matrícula: 98366136, Teléfono: 55883234.

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

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el  
consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013