



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION HIDALGO**



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31
ZIMAPAN, HIDALGO.**

Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en la UMF no.31 Zimapan Hgo.

Que para obtener el Grado de Especialista en Medicina Familiar

Presenta

José Fernando Salinas Jiménez

Asesor

Arleth Hernández Islas

PACHUCA, HIDALGO

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en la UMF no.31 Zimapán Hgo.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

José Fernando Salinas Jiménez

AUTORIZACIONES:

DR. NESTOR MEJIA MIRANDA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
HIDALGO

DRA. ARLETH HERNANDEZ ISLAS

ASESOR METODOLÓGICO Y TEMÁTICO DE LA TESIS
MÉDICO PEDIATRA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1
PACHUCA HIDALGO

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LOPEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1
PACHUCA HIDALGO

"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN
LA UMF NO. 31 ZIMAPAN HGO."

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. JOSÉ FERNANDO SALINAS JIMÉNEZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DEDICATORIA.

Con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico mi trabajo a Dios.

A mis hijos, Fernando, Linda Dayan , Alan Xavier porque con su sonrisa y alegría me impulsaron continuar, por su gran fortaleza y paciente espera durante estos tres años de especialidad, ¡LOS AMO!

A mi Esposa por la sabiduría con la que me ha enseñado a enfrentar la vida. Porque siempre creyó en mí. Porque supo animarme diariamente a alcanzar metas cada vez más altas y a no dejarme doblegar por la adversidad.

Gracias por amarme tanto, te amo.

A mis padres que con su amor y ejemplo han hecho de mí una mejor persona.

A Alicia, Mine Y Adriana quienes con sus consejos, han sido un aliciente en mi vida

Al Dr. Néstor Mejía Miranda, mi profesor de excelencia, gracias por su confianza y comprensión

A Dra. Arleth Hernández Islas Por ser mi asesor de tesis, su enseñanza siempre puntual y acertada, por su paciencia, por sus consejos, por la aportación y las observaciones realizadas a este trabajo de tesis.

AGRADECIMIENTOS

A la División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM, y al Instituto Mexicano Del Seguro Social por permitirme cursar mis estudios de Especialidad en Medicina Familiar

A la Dra. Estrella Pasten que con su liderazgo y jefe de enseñanza y creer en mí, le doy gracias por darme las herramientas en mi formación profesional.

Agradezco a cada uno de los médicos especialistas del HGZ 1 MF comprometidos con la enseñanza, gracias por ser generosos, compartir sus conocimientos, experiencias médicas y de vida. Gracias a todos ellos recibí mi formación académica.

A mis compañeros de residencia por depositar en mí su confianza y permitirme participar con sus conocimientos y experiencias.

MEXICO

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



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1201
H GRAL ZONA -MF- NUM 1, HIDALGO

FECHA 22/10/2014

DR. JOSÉ FERNANDO SALINAS JIMENEZ

P R E S E N T E

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

Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en la UMF no.31 Zimapan Hgo.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-1201-6

ATENTAMENTE

DR.(A). SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1201

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

1.- TITULO

Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en la UMF no.31 Zimapan Hgo.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA

2. INDICE GENERAL

1. Título.....	5
2. Índice general.....	6
3. Marco teórico.....	7
Resumen.....	7
Marco teórico conceptual.....	8
4. Planteamiento del problema.....	20
5. Justificación.....	21
6. objetivos.....	22
Objetivos General	
Objetivos Específicos	
7. Hipótesis.....	23
8. Metodología.....	24
Tipo de estudio	
Población, lugar y tiempo de estudio	
Tipo de muestra y tamaño de muestra	
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
Información a recolectar (variables a recolectar)	
Método o procedimiento para captar la información	
Consideraciones éticas	
9. Resultados	29
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
- Tablas (cuadros) y graficas	
10. Discusión	38
11. Conclusiones.....	39
12. Referencias bibliográficas.....	40
13. Anexos.....	44

3.- MARCO TEORICO

I. RESUMEN

TITULO: Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en la UMF no.31 Zimapan Hgo.

ANTECEDENTES: La depresión es uno de los padecimientos geriátricos más frecuentes a nivel mundial y se estima que en el año 2020, será la primera causa de pérdida de años de vida saludable en países desarrollados y la segunda causa a nivel internacional. Por su parte la presencia de depresión en el adulto mayor suele ser mayor en este grupo de edad debido a la presencia de otras comorbilidades como las enfermedades crónicas. Se considera que en los portadores de estas enfermedades, es fácil que se puedan enmascarar los síntomas de depresión o incluso que la sintomatología de estas enfermedades se acentúe. Por lo que el paciente acude muchas más veces a consulta o se condicionan envíos múltiples a consultas de diversas especialidades, lo que con lleva a una elevación de costos de salud, desgaste y disfunción familiar. Por lo que el presente trabajo de investigación tiene como objetivo identificar la magnitud de este problema en nuestro entorno, lo que ayudará a planificar programas de atención dirigidos y que respondan a las necesidades específicas de nuestra población

OBJETIVO: determinar la prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 31, Zimapán Hidalgo.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio transversal, descriptivo. El universo de trabajo fue la población adulta mayor, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 31, Zimapán, Hgo. De noviembre 2014 a octubre del 2015. Se le aplicó una prueba diagnóstica validada, que determinó la presencia de depresión. Se midió la prevalencia puntual de la enfermedad, mediante la determinación de la magnitud y frecuencia.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: Asesor clínico metodológico. Dra. Arleth Hernández Islas Maestra en Metodología de la Investigación y alumno tesista, el estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar Numero 31 de Zimapan Hidalgo donde se abordara a los pacientes para estudio

EXPERIENCIA DEL GRUPO. Se cuenta con el apoyo de asesor metodológico Dra. Arleth Hernández Islas Maestra en Metodología de la Investigación.

TIEMPO A DESARROLLARSE. Se realizó de noviembre del 2014 a octubre del 2015.

RESULTADOS Se aplicaron en 288 pacientes derechohabientes, el instrumento de evaluación con edad igual o mayor a 60 años de la Unidad de Medicina Familiar Numero 31 de Zimapan Hgo, los resultados en relación al género fueron: femenino 52% (150), masculino 48% (138), con una media de 70.2 años de edad. El mayor porcentaje fue entre los 60 y 64 años y el menor entre 95 años y 100 años de edad. Se utilizó la escala de Yesavage para depresión geriátrica, encontrando una prevalencia de depresión de 59 % (170), de los cuales predominó en el género masculino con 57.6% (98). De los 170 pacientes con depresión el 55% (93) presentan depresión leve 29 % (49) depresión moderada y 16 % (28) depresión severa. Según las comorbilidades; Diabetes Mellitus es la que más predomina en 124 pacientes, le sigue la Hipertensión Arterial con 114 y sobrepeso con 62. En 56 pacientes se encuentran en nivel socioeconómico medio y 114 pacientes en nivel socioeconómico bajo. Del total de pacientes con algún grado de depresión, de acuerdo con su ocupación 85 son jubilados, 10 agricultores, 8 comerciantes, 7 mineros, 3 obreros y un profesionista.

CONCLUSIONES En La Unidad Medico Familiar 31 de Zimapan Hgo existe una alta prevalencia de depresión en los Adultos mayores que no está diagnosticada y que en ocasiones se percibe como tristeza o de algún otro síntoma emocional y/ o físico o es propio de la edad. Mayor predominio en hombres comparándolo con sexo opuesto, es más frecuente que se presente en el intervalo de 60 a 64 años de edad, encontrándose mayor frecuente el estadio leve. Es trascendente que en la consulta de primer nivel se aplique la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para identificar a dicha población, ya que este padecimiento ocasiona incremento de la comorbilidad, complica la evolución de la patología de fondo, mal apego al tratamiento y una mala respuesta terapéutica, e incremento de consultas por paciente, gastos relevantes para la institución, aumentan los síntomas físicos y administración de más fármacos para tratarlos. Realizar detección oportuna de los trastornos que dañan la función mental en los adultos mayores, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y optimizar recursos tanto materiales como humanos. El empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, escolaridad, pérdida de determinada posición social, prestigio, estado civil, fallecimiento de su pareja, ocupación apoyo familiar y económico son factores de riesgo en los cuales podemos intervenir para minimizar el impacto y mejorar la calidad de vida del paciente.

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

En 2010, la población de adultos mayores, fue de 9.67 millones se espera que en el 2025 sea de 18 millones y para el 2050 se espera que sea de 35.96 millones, donde 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor.

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente y es una de las principales causas de Discapacidad, en 1990 se ubica como la cuarta causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la segunda causa solo detrás de las enfermedades isquémicas

En México se está presentando transición demográfica cuyo resultado es el incremento significativo de la población de adultos mayores. De hecho, en 1950 el número de personas de 60 años o más ascendía a 1, 419,685 (5.5% del total), cifra que en 2005 subió a 8, 364,334 (8.1%). Asimismo se prevé que para el año 2025 aumentará a 17, 512,000 (12.4%).¹

La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulto mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años. Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.²

Prevalencia de depresión en el ámbito nacional

La prevalencia de depresión en adultos en México en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5% (IC 95%=4.1, 4.9), con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y, en el caso de los hombres, lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5). La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0).³

Prevalencia de depresión, según entidad federativa

La prevalencia de depresión varió ampliamente entre las 32 entidades federativas del país. En el caso de los hombres, las cifras más elevadas corresponden a Jalisco, Veracruz y Tabasco, con 5, 4.6 y 4.5%, respectivamente; las entidades con porcentajes más bajos son Nayarit y Nuevo León, con cifras menores a 1. En las mujeres las prevalencias más altas corresponden a Hidalgo, con 9.9%, Jalisco, con 8.2% y el Estado de México, con 8.1%, mientras que las más bajas son las observadas en Sonora con 2.8% y Campeche, con 2.9%.⁴

La vejez puede ser la época de mayor fragilidad afectiva del ser humano. Los cambios neurobiológicos que con frecuencia acompañan el envejecimiento cerebral, junto a la acumulación de notables pérdidas que acompañan al individuo, no solo afectan los aspectos físicos de la persona sino también su condición emocional y social: la pérdida de rol laboral pasando a la jubilación; dejar de ser jefes de familia para ser abuelos, teniendo una menor participación autónoma en la dinámica familiar; duelos frecuentes por amigos, seres queridos, viudez. Todo ello obliga a una reestructuración adaptativa que, dependiendo de las características de la personalidad previa de cada individuo, tendrá más o menos riesgo de fracasar.⁵

Según la OPS, la prevalencia de síntomas depresivos en las personas mayores que viven en la comunidad es de 14 al 25%. A principios del presente siglo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertaba de los riesgos que podrían presentar los trastornos depresivos como causa de esta discapacidad. Los estudios hacían especial énfasis en los ancianos, debido a que las consecuencias de una depresión no tratada son mayores en este grupo etéreo.⁶

El diagnóstico de depresión se debe en parte a que las personas mayores tienden a no consultar espontáneamente por síntomas depresivos. En otras ocasiones, estos son erróneamente atribuidos a algo propio del envejecimiento. Por otro lado, tampoco existe la rutina de hacer tamizaje para la depresión en atención ambulatoria.⁷

En otros estudios en la región caribeña especialmente en la Habana Cuba han determinado que el apoyo social posee un factor protector contra la depresión.⁸

En la isla del caribe los estudios evaluaron las variables relacionadas con el riesgo de presentar depresión. Entre estas variables se encontraban la soledad y la disfunción familiar, entre otras. Aquéllos sujetos de estudio que reportaron poseer un mayor contacto con sus familiares presentaron menor número de síntomas depresivos.⁹

Por otro lado, en Estados Unidos, la prevalencia de depresión en el adulto mayor es estimada del 7-12% en hombres y 20-25% en mujeres. Dichos rangos son significativamente elevados en personas con ciertas condiciones médicas como la obesidad, cáncer, infarto al miocardio. e hipertensión Arterial También se ha comprobado que la comorbilidad somática empeora el pronóstico de la enfermedad depresiva.¹⁰⁻

Los factores de riesgo para depresión en el adulto mayor incluyen: antecedentes de depresión, enfermedad médica crónica, género femenino, ser soltera o eventos estresantes en la vida. Más del 15% de viudos adultos mayores tienen un serio potencial para deprimirse después de un año o más de la muerte de su cónyuge.⁸

A diferencia de las personas jóvenes con depresión, las personas mayores que sufren este padecimiento, usualmente tienen una comorbilidad médica. La depresión mayor es más común en pacientes mayores de 70 años hospitalizados o institucionalizados y clínicamente enfermos. Las enfermedades crónicas mayormente asociadas a la depresión son el accidente cerebro vascular (30-60%), enfermedad coronaria (8-44%), cáncer (1-40%), enfermedad de Parkinson (40%) Enfermedad de Alzheimer (20-40%) y demencia (17-31%).¹¹

La depresión menor es más común que la depresión mayor en los adultos de la tercera edad. Esta puede estar precedida por un episodio de depresión mayor. Según las cifras, entre el 15% y 50% de los pacientes con una depresión menor desarrollará una depresión mayor al cabo de dos años. De igual manera esta patología puede generarse por una reacción a un estresor en la rutina de vida.¹²

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo triste, disminución del disfrute, apatía y

pérdida de interés en el trabajo, sentimiento de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. Los pacientes que sufren este padecimiento, a menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados.¹³

La detección de la depresión en Adulto Mayor puede ser difícil debido a varios factores. Los síntomas de la depresión tales como fatiga, pérdida del apetito y trastornos del sueño son frecuentemente atribuidos al proceso de envejecimiento o a una condición médica y no a la depresión. La depresión es tan prevalente en la población general (3 a 5%) y tan común en la consulta médica (12.2 al 25% de todos los pacientes)¹⁴

Es probable que la depresión sea el ejemplo más común de la presentación inespecífica y atípica de una enfermedad, Por lo que, en los pacientes geriátricos, es usual que la depresión coexista con enfermedades físicas, y que estas con frecuencia no se traten de manera óptima cuando dichos pacientes reciben el diagnóstico de depresión.¹⁵

Las manifestaciones de depresión en la población geriátrica se relacionan con enfermedades en varias formas: algunas enfermedades pueden producir el aspecto físico de depresión, aunque esta no exista (por ejemplo enfermedad de Parkinson) o muchas enfermedades producen depresión directamente u originan una reacción depresiva.¹⁶

Esto último es cierto sobre todo en alteraciones que originan o producen miedo de dolor crónico, incapacidad y dependencia. Los medicamentos que se usan para tratar enfermedades somáticas en ocasiones originan síntomas y signos de depresión y también el ambiente (factores como el aislamiento, privación sensorial, dependencia forzada) en el que se tratan las enfermedades físicas pueden predisponer a depresión.¹⁷⁻

La identificación y el tratamiento adecuado del inicio o recurrencia de la depresión geriátrica son elementos críticos para mejorar la calidad de vida y la funcionalidad, además de prevenir la muerte prematura.¹⁸

Existen factores biológicos, físicos, psicológicos y sociológicos que predisponen al anciano a la depresión.¹⁹

Las personas mayores que sufren de poli patologías orgánicas crónicas aumentan sus dolencias con el padecimiento de depresión y, en muchas ocasiones, al no ser esta diagnosticada, no puede ser tratada adecuadamente.²⁰

Cuadro Clínico

Pérdida de interés en casi todas las actividades. Tristeza. Sentimientos de minusvalía, vacío y llanto. Culpa exagerada o inapropiada. Pensamientos de muerte, ideación o intento de suicidio. Abandono o disminución de las actividades placenteras. Disminución del placer sexual. Pérdida de peso. Fatiga (cansancio). Somnolencia diurna, insomnio o hipersomnía. Pérdida o la disminución de la libido. Trastornos menstruales. Cefalea. Dolores en cualquier parte del cuerpo. Vértigos. Hiporexia²¹

Fisiopatología de la depresión.

Los estados depresivos son el resultado de la interacción de múltiples factores genéticos, evolutivos, bioquímicos e interpersonales, cuyos efectos convergen en el sistema límbico y originan una alteración funcional reversible de los mecanismos cerebrales de gratificación y refuerzo. El sistema límbico es donde se almacenan las pautas innatas de comportamiento, especialmente las relacionadas con el establecimiento de lazos afectivos y la delimitación del propio espacio vital. Constituye también el sustrato neuronal de la emoción, y está íntimamente ligado con el hipotálamo. Además, hay una pequeña estructura centro encefálica que posee suficientes peculiaridades como para merecer ser claramente diferenciado de otras estructuras. Constituye también el nivel de integración cerebral más directamente involucrado con el mantenimiento de la homeostasis.²²

Entre sus funciones principales están la regulación general neurovegetativa y el control neuroendocrino. Su estrecha conexión con la corteza y el sistema límbico permite la influencia de las reacciones emocionales en los procesos

neurovegetativos, e inversamente, la actividad de estos centros modulan los procesos cognitivos y afectivos. Alteraciones en la regulación hipotalámica, ya sea intrínseca o secundaria a influjos depresores procedentes de la corteza o del sistema límbico, son responsables desde las disfunciones del sueño hasta las más diversas manifestaciones somáticas, tales como disnea, taquicardias, etc.

Algunos estudios sugieren que la depresión en los adultos mayores puede ser resultante de un proceso neurodegenerativo, así como también un síntoma de demencia. Por otro lado, existen evidencias de la reducción en la actividad de los sistemas noradrenérgicos, serotoninérgicos y dopaminérgicos, factores dependientes de la edad, que actúan en el cerebro. La función serotoninérgica, en especial, reduce su actividad a la mitad en las personas mayores de 80 años. Esto cuando se compara con la de las personas de 60 años. También se han sugerido que otro factor que puede estar alterando son los cambios neuroendocrinos que son factores modificadores de la vulnerabilidad a la depresión y el control regulador hormonal.²³

Depresión y género.

Las investigaciones en salud mental han mostrado diferencias en algunos trastornos en función del género, habiéndose encontrado que es más probable que las mujeres tengan más depresión que los hombres, este mayor riesgo de depresión en el género femenino se ha encontrado en múltiples estudios epidemiológicos y clínicos, realizados en diferentes áreas geográficas y en distintos períodos temporales. El único periodo donde no se dan diferencias marcadas en las tasas de depresión entre niños y niñas es en la infancia. Aunque estas diferencias no son tan marcadas, puede decirse que los niños son los que presentan tasas más elevadas. Sin embargo, en la adultez, las mujeres son las que presentan más depresión a lo largo de todo el ciclo vital. Muchos han sido los factores a los que se ha atribuido la causa de tales diferencias, desde biológicos hasta psicosociales.²⁴

El género determina en alguna medida la salud mental y las enfermedades mentales. Se ha prestado más atención a la morbilidad asociada con las enfermedades mentales que a los determinantes específicos de cada género y a los mecanismos que promueven y protegen la salud mental y fomentan la resistencia al estrés y la adversidad.²⁵

El género determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas y salud mental, además de su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental.²⁶

La depresión unipolar, que, según las predicciones, será la segunda causa de carga de discapacidad mundial en 2020, es dos veces más común entre las mujeres. Reducir el excesivo número de mujeres que sufren depresión contribuiría de manera significativa a disminuir la carga mundial de discapacidad causada por trastornos psicológicos.²⁷

Dentro de las explicaciones biológicas, se ha planteado la posibilidad de la transmisión genética ligada al cromosoma X, y de la fisiología endocrina femenina como responsables de la mayor tasa de depresión en la mujer.²⁸

Son varios los estudios que encuentran mayor estrés en las mujeres respecto a los hombres, debido a que estas poseen más problemas financieros, maritales y laborales.²⁹

Otros factores causales citados han sido el hecho de que las mujeres también son víctimas de violencia y abusos sexuales con mayor frecuencia. Estos generan depresión aunado a que tienen mayores tasas de pobreza. La solvencia económica también representa un factor de riesgo para los problemas mentales, y se ha encontrado que estos procesos podrían incluso ser más problemáticos para las mujeres más pobres, ya que pueden depender más del apoyo material y emocional de su red social, pudiéndole generar más estrés al compartir las experiencias estresantes de los demás.³⁰

Algunos datos importantes con respecto a la salud mental de las mujeres de acuerdo a la OMS son: la depresión, los síndromes orgánicos cerebrales y la

demencia. La mayoría de las personas que sufren estos padecimientos son mujeres.³¹

La depresión, ansiedad, dolor psicológico, violencia sexual, violencia doméstica y las cada vez mayores tasas de consumo de sustancias afectan en mayor grado a las mujeres que a los hombres en diferentes países y en distintas circunstancias.³²

La presión ejercida por las múltiples funciones que deben desempeñar, la discriminación de género y los factores asociados con la pobreza, el hambre, la malnutrición, el exceso de trabajo, la violencia doméstica y los abusos sexuales explican el deterioro de la salud mental de las mujeres. Existe una relación positiva entre la frecuencia y la severidad de tales factores sociales y la frecuencia y severidad de los problemas de salud mental en las mujeres. Los sucesos graves que causan sentido de pérdida, inferioridad, humillación o aislamiento pueden pronosticar una depresión.³³

.Las enfermedades que afectan a los hombres y mujeres de edad avanzada son básicamente las mismas: enfermedades cardiovasculares, cánceres, problemas músculo esqueléticos, deficiencias sensoriales o incontinencia urinaria. Sin embargo, la frecuencia, las tendencias y los tipos específicos de dichas enfermedades son diferentes y las desigualdades de género explican en gran medida estas diferencias. Además las enfermedades ligadas a la vejez tienen un mayor impacto en las mujeres.³⁴

Con respecto a condiciones médicas asociadas, se sabe que la depresión es uno de los trastornos que con mayor frecuencia se encuentra en la práctica médica. Por la poli patología y polifarmacia que acompañan a la vejez, es particularmente necesario evaluar la presencia y la severidad de las enfermedades médicas, así como también los medicamentos relacionados con los síntomas afectivos.³⁵

Existe un grupo de patologías médicas, cuya asociación con la depresión en la adultez mayor es significativa: la enfermedad de Alzheimer, accidente cerebro vascular, la Enfermedad Cardiovascular, el cáncer y la enfermedad del Parkinson.³⁶

Por todo lo anterior, no debemos olvidar que existen fármacos que presentan como efectos secundarios la depresión: (Ac. Nalidixico), antiinflamatorios no

esteroideos, antiparkinsonianos (levodopa), Broncodilatadores (teofilina) Digital, hormonas (corticosteroides, progestágeno), Opiáceos, Psicofármacos (anfetaminas, anticomiciales, barbitúricos, benzodiacepinas), Neurolépticos , Propanolol.³⁷

El Envejecimiento.

El envejecimiento se puede definir como la suma de aquellos cambios fisiológicos irreversibles que afectan gradualmente a todos los individuos de una especie solo si viven por un periodo suficientemente largo. El envejecimiento lleva implícito una creciente incapacidad del organismo de una persona de mantenerse por sí solo y realizar las cosas que hacía antes. Es un proceso que implica la disminución de la funcionalidad sistémica del organismo y esto experimenta variabilidad de acuerdo a las características particulares del estilo de vida y las condiciones socioeconómicas de los países.³⁹

En general, la persona mayor mexicana también envejece a un ritmo individual; sin embargo, existen en el conglomerado una serie de condiciones comunes: la red social de apoyo, ingresos económicos que no permiten solventar las necesidades básicas fundamentales, desnutrición, pocos ingresos económicos, comorbilidad preexistente, tipo de actividad laboral desempeñada, etc. se constituyen como factores comunes que pueden asociarse a Depresión en Adulto Mayor.⁴⁰

Pérdida de Autoestima.

Que nuestra autoestima sea positiva o negativa, en alza o en baja, no es indiferente. De nuestra autoestima depende la manera que cada uno tiene de enfrentar la vida, valorarse a sí mismo y valorar a los demás, y de enfrentarse a los conflictos y dificultades de la vida.⁴¹

El hombre o mujer actual, enfrentado a la realidad del envejecimiento, es más probable que viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía; que como una especie de marginación social.

Es fácil que se sienta a sí mismo como alguien marginado y poco valorado para los demás, porque percibe que los demás no pueden contar con él. El plano familiar, el único ámbito donde aún podría sentirse tomado en cuenta, también le presenta una realidad adversa. La nueva realidad de la familia nuclear permite que el abuelo perciba paulatinamente que su presencia no es tan necesaria.⁴²

Pérdida de la facilidad de adaptación

Las personas mayores desarrollan un grado de actividad social determinada básicamente por tres factores: las condiciones de salud, la situación económica y el apoyo social. Estos factores pueden conducir a la desvinculación social debido a la mala salud, la pérdida de amistades o la reducción de ingresos que sufren los ancianos.⁴³

Existen además, normas sociales que delimitan a la vejez como etapa distinta en el ciclo de la vida, con sus propias expectativas, roles, status. Por otro lado, existe una pauta social sobre las edades que corresponden a cada etapa del ciclo de la vida y las desviaciones a esta pauta también deben ser consideradas al analizar la vejez. Algunos autores mencionan que los cambios adaptativos de las personas pueden desempeñar un importante papel en la explicación de las tendencias evolutivas que aparecen en diferentes medidas de bienestar.⁴⁴

El bienestar puede experimentar cambios evolutivos en el transcurso de la vida. Por lo tanto, la etapa del envejecimiento trae consigo muchos cambios ya sea físicos, económicos, sociales, culturales, y de salud, etc. Cada persona mayor, dependiendo de su entorno, debe enfrentarse y, por consiguiente, adaptarse, por ejemplo, a la jubilación, pérdida de familiares cercanos por defunción, nuevas enfermedades de tipo crónico, disminución de su círculo social, etc. Para adaptarse en forma normal se necesita que la persona mayor tenga su autoestima positiva, apoyo familiar, apoyo social (club de adultos mayores al

alcance de todas las personas mayores) y una mejor atención médica para las enfermedades crónicas para prevenir las complicaciones, que los vuelven incapaces para desenvolverse en su entorno.⁴⁵

Escala De Depresión Geriátrica de Yesavage

Nombre: Escala de Depresión Geriátrica

Nombre original: Geriatric Depression Scale (GDS)

Autores: Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M, Rose T.

Año: 1982

Versiones: A partir de la versión original de 30 ítems, los mismos autores realizaron una Versión más breve de 15 ítems en 1986 .

.Adaptación española: se han realizado distintas adaptaciones al castellano, tanto de la versión

original de 30 ítems (González F. (1988), Ramos Brieva y cols. (1991) y Salamero y cols.

(1995)) como de versiones más abreviadas. En concreto, la realizada por Aguado C y cols (2000) de 15 ítems

DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento: Cuestionario.

Objetivos: Detectar la depresión en la población adulta mayor de una forma Rápida, sencilla y eficaz.

Población: Personas adultas (mayores de 65 años).

Número de ítems: 15.

Descripción: Se trata de un cuestionario con respuestas dicotómicas sí/no cuyo contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características especiales de la depresión en adultos.

Criterios de calidad:

Fiabilidad: Ha sido obtenida por varios métodos y los valores encontrados, en general, son muy altos, llegando hasta valores de 0.94 (consistencia interna), 0.94 (por el método de las dos mitades) y 0.85 (fiabilidad test-retest).

Validez: En cuanto a la validez convergente, se comparó la GDS con la Escala Auto aplicada para la Depresión de Zung (SDS) y la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (HRS-D) encontrándose una relación muy satisfactoria entre la GDS y las dos escalas, con valores de 0.84 y 0.83 respectivamente. Además, se ha encontrado una buena correlación entre la GDS y el Inventario de Depresión de Beck (0.78 y 0.74 al cabo de seis meses). En cuanto a la validez de constructo, se ha comprobado que la GDS es una medida específica de depresión.⁴⁶

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión en el Adulto Mayor constituye uno de los Síndromes Geriátricos más frecuentes. Con frecuencia los signos de esta enfermedad pasan desapercibidos. Sólo uno de cada tres casos es diagnosticado y tratado adecuadamente como depresión.

Por lo que el presente trabajo de investigación tiene como objetivo identificar la prevalencia de depresión en el Adulto mayor de la población derechohabiente de la Unidad De Medicina Familiar Numero 31 de Zimapán Hidalgo. En donde hasta el momento no se tiene reportes de estudios previos con estas características realizadas en esta Unidad.

Con lo que responderemos a nuestra pregunta de investigación:

¿Cuál es la Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en la Unidad de Medicina Familiar Numero 31 de Zimapán, Hgo?

5. JUSTIFICACION

Actualmente la depresión en el Adulto Mayor oscila entre 30-35% de la población en general.

Se considera un paradigma de la atención geriátrica debido al alto riesgo de provocar incapacidad, así como subsecuentemente la afectación de la calidad de vida desde su presentación.

El adulto mayor debe adaptarse progresivamente al cambio de roles a nivel laboral, familiar, personal.

Todo esto obliga a una reestructuración adaptativa por lo que la implementación de programas de envejecimiento activo disminuye el riesgo de aparición de depresión.

JUSTIFICACION TEORICA

Los resultados de este trabajo brindaron información sobre la depresión en el adulto mayor de aquí la importancia de la aplicación del programa de envejecimiento activo.

JUSTIFICACIÓN METODOLOGICA

Se identificó la prevalencia de depresión en el adulto mayor mediante la aplicación de la escala Yesavage. Dicha escala ha sido utilizada ampliamente en pacientes Adultos Mayores con adecuada sensibilidad y especificidad para detectar presencia de depresión, por lo que su uso es confiable.

JUSTIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Al conocer la prevalencia de Depresión en el adulto mayor se justificara la necesidad de implementar estrategias que ayuden a disminuir la incidencia de enfermedad mental, con lo que mejora la calidad de vida.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 31, Zimapán Hidalgo. Mediante la escala de Yesavage.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Determinar la prevalencia de depresión en el Adulto Mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 31, Zimapán Hidalgo, por género.
- 2.- Determinar la prevalencia de depresión en el Adulto Mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 31, Zimapán Hidalgo, por nivel socioeconómico.
- 3.- Determinar la prevalencia de depresión en el Adulto Mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 31, Zimapán Hidalgo, por su ocupación.

7. HIPOTESIS DE INVESTIGACION

Hipótesis de Trabajo

La Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 31 de Zimapán Hgo. Es similar a los valores a nivel nacional.

Hipótesis Nula.

La Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 31 de Zimapán Hgo. No se parece a los valores reportados a nivel nacional.

8. MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizo un estudio investigación no experimental de tipo descriptivo. En el cuál se determinara la prevalencia midiendo la frecuencia y magnitud del problema en la muestra seleccionada.

UNIVERSO Y MUESTRA.

Universo: Pacientes Adultos Mayores derechohabientes adscritos a la Unidad De Medicina Familiar Número 31, Zimapán Hidalgo.

La Muestra se obtendrá mediante muestreo aleatorio simple. El tamaño de la muestra se determinara mediante la fórmula:

$$n = \frac{z^2 (PQ)}{d^2}$$

Dónde:

n = tamaño de muestra

z = es el valor de la desviación normal, igual a 1.96 para un nivel de Significación del 5%

P = Prevalencia de la característica en la población

Q = 1 – P

d = precisión (en cuanto se aleja la muestra del verdadero porcentaje del Universo.

Estimar la prevalencia de Depresión en la población,

Con una confianza del 95% y una precisión de 5%. Basándose en la Información disponible en otros estudios, se estima que P = 25%.

Reemplazando en la formula se obtiene:

$$n = \frac{1.962 (25*75)}{52} = 288$$

Esto significa que necesitamos una muestra de 288 personas para estimar con Un 95% de confianza la prevalencia de depresión, no alejándose más del 5% del Verdadero porcentaje del universo.

LUGAR DONDE SE DESARROLLARA EL ESTUDIO.

Unidad De Medicina Familiar Número 31 de Zimapán Hidalgo. En los consultorios de primer nivel de atención.

DISEÑO METODOLOGICO

Estudio de investigación observacional de tipo descriptivo y transversal.

CRITERIOS DE SELECCION

Criterios de inclusión

Pacientes Adultos mayores de 60 años

Pacientes de ambos sexos.

Pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 31, Zimapán Hidalgo.

Pacientes que deseen participar en el estudio firmando consentimiento informado.

Criterio de exclusión

Pacientes que no deseen participar en el estudio.

Criterios de eliminación.

Pacientes que no conteste el instrumento de evaluación en su totalidad.

Paciente que revoque su consentimiento para el estudio.

9. VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Depresión	Trastorno mental que se caracteriza por tristeza ,perdida de interés ,placer, sentimiento de culpa, y falta de concentración	Estado de tristeza provocado por el desinterés en la actividad laboral que le provoca bajo rendimiento	Dependiente Cualitativa nominal	Yesavage, 0 a 4 normal Más de 5 Depresión
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio, en años .	Independiente Cuantitativa discreta.	abierto
Sexo	Proceso de rasgos genéticos dando por resultado especialización de organismos en variedades femenina y masculino	Características del individuo, relativas a su papel reproductivo	Independiente Cualitativa nominal	Hombre Mujer
Nivel socioeconómico	Jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto al resto, en base a su economía, educación y vivienda	Es la medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo	Independiente Cualitativa ordinal	1.Sin evidencia de pobreza familiar 2.Pobreza familiar baja 3.Pobreza familiar media 4.Pobreza familiar alta
Ocupación	Facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce publicamente	La acción o función que desempeña un empleador para ganar su sustento económico.	Independiente Cualitativa nominal	Desempleado Minero Obrero Comerciante Agricultor profesionista jubilado otro
Co-morbilidades	Se refiere a la coexistencia temporal o permanente de dos o más trastornos oms	Enfermedades crónicas adicionales a la depresión mencionadas por el paciente	Independiente Cualitativa nominal	Nombre de la enfermedad

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO

Recursos humanos

- a. Asesor clínico y metodológico: Dra. Arleth Hernández Islas Médico no Familiar, Pediatría
Maestra en Metodología de la Investigación.
- b. Investigador: Dr. José Fernando Salinas Jiménez Médico General. Alumno de Primer Grado del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.
- c. Pacientes

Recursos materiales.

- a. Equipo de cómputo
- b. Equipo de impresión
- c. Fotocopias
- d. Instrumentos de Escala De Evaluación
- e. Lapiceros
- f. Lápiz
- g. Hojas Blancas
- h. Espacio físico

Recursos financieros.

Recursos propios del Investigador

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se apega a los lineamientos para investigación, de la Ley General de Salud, de la S.S. así como del IMSS; Por lo tanto el estudio no afecta en lo absoluto la salud, la integridad y la dignidad, siendo inherente al tratamiento definitivo del paciente y presenta los criterios éticos considerados en la declaración de Helsinki, con nota de clarificación del párrafo 30, apegada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Tokio 2004. La investigación es factible de llevarse a cabo, ya que contamos con los recursos humanos materiales y el espacio físico, sin afectar a nuestra población en estudio. El presente trabajo de investigación se llevará conforme a los aspectos éticos que rigen toda investigación: el Código de Núremberg promulgado en 1947, siendo la principal disposición del código que “es absolutamente esencial el consentimiento informado voluntario del sujeto humano”. La presente investigación se apegará a las disposiciones generales del reglamento de la Ley General, en materia de investigación en salud. (Secretaría de Salud, 1987).

De acuerdo a lo señalado en el Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 17, Fracción 1, esta investigación se considerará sin riesgo, porque no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables de estudio. Se protegerá la individualidad y anonimato del sujeto con base al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 16, ya que el instrumento no incluirá nombre de la persona ni domicilio o cualquier otro dato que pudiera identificarla.

Con el fin de cumplir con lo establecido en el Artículo 21, Fracción I, IV, VI Y VII, se proporcionará una explicación clara y completa respecto a la justificación de la investigación cuando lo considere pertinente, posterior a esta explicación se procederá a solicitar el consentimiento informado por escrito de acuerdo a lo estipulado en el Título Segundo Capítulo 1, Artículo 20.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

El presente protocolo no representa un riesgo a la bioseguridad, porque no se utilizará para fines de la investigación, ningún componente biológico de los participantes en la investigación. Así mismo no se alterará o manipulará de modo alguno las funciones biológicas de los participantes en el estudio.

9. RESULTADOS

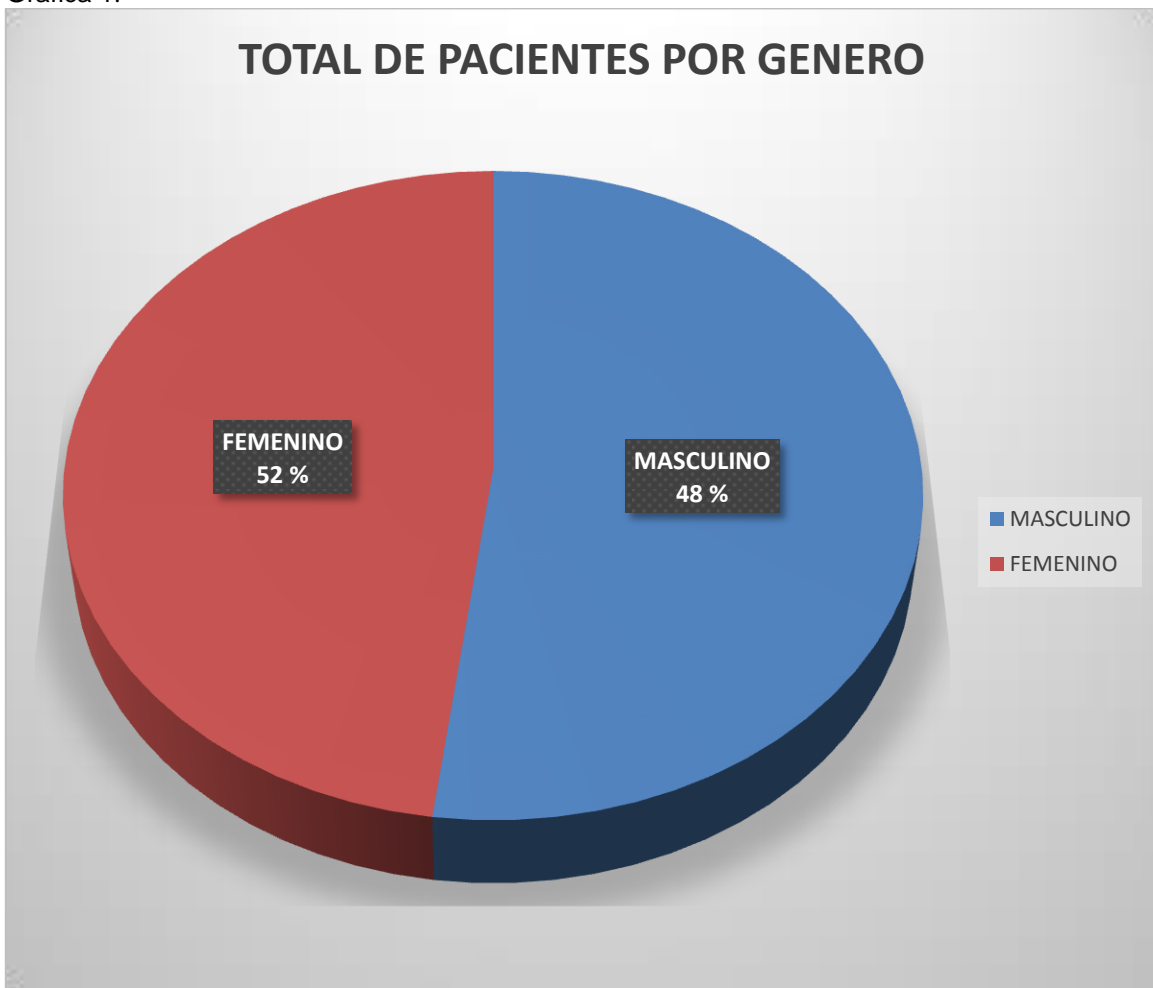
ANALISIS ESTADISTICO

Para el análisis de datos, se utilizó la estadística descriptiva para cada variable dependiente e independiente, Se aplicaron 288 instrumentos de evaluación a la población derechohabiente a pacientes con edad igual o mayor a 60 años, de la Unidad de Medicina Familiar Número 31 de Zimapán Hgo.

INTERPRETACION DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

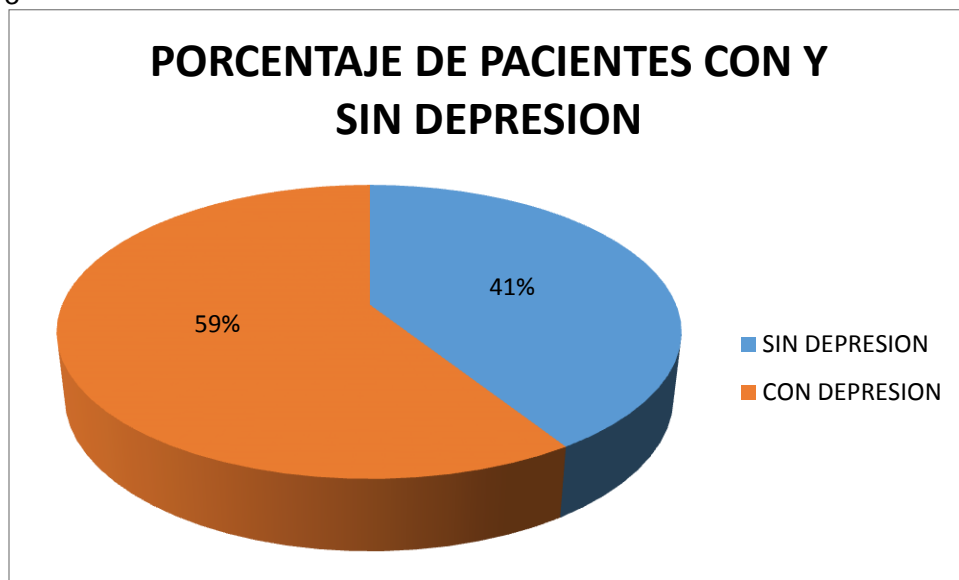
La distribución por género fue femenino 150 (52 %), masculino 138 (48%).

Grafica 1.



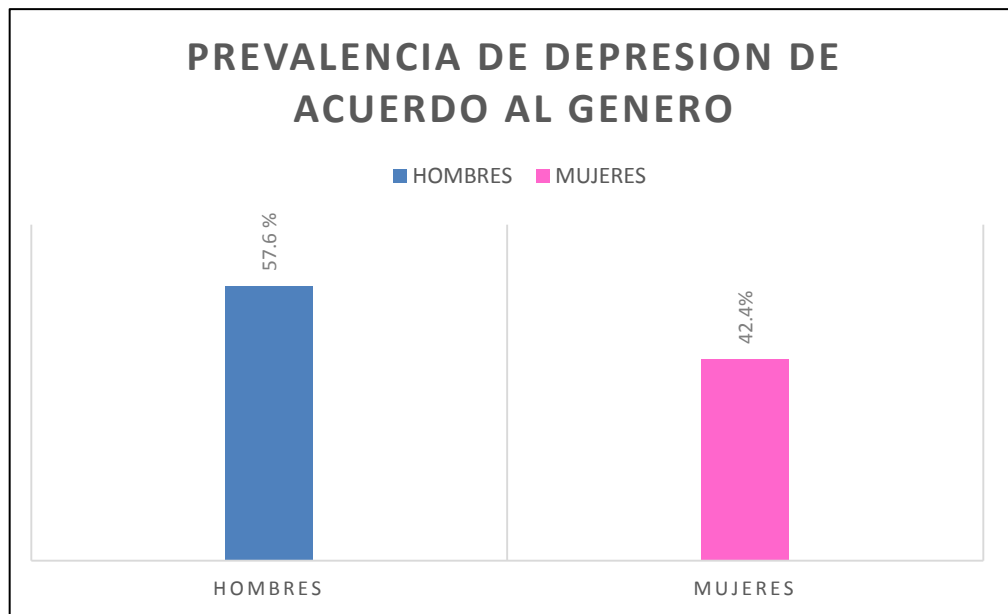
Se utilizó la escala de Yesavage para depresión geriátrica. En este estudio de los adultos mayores encuestados, se observó que la prevalencia de depresión fue del 59% (170).

Graficas 3



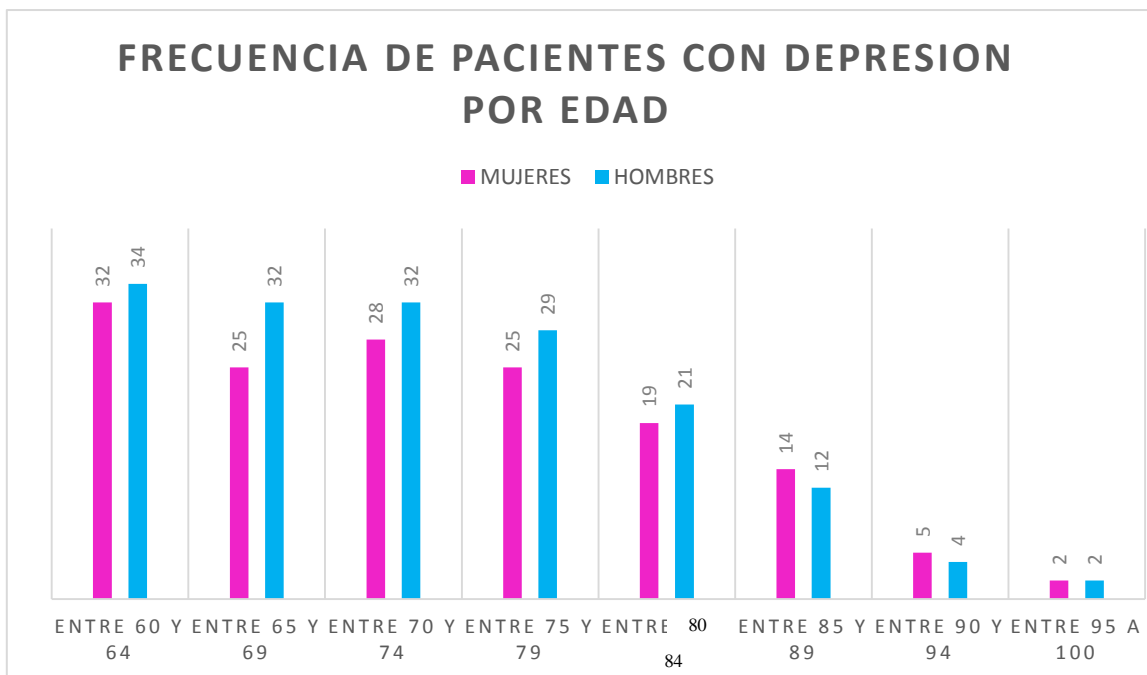
De los que presentan depresión, el género que predomina es el masculino con 57.6% (98) en comparación con el femenino que corresponde a 42.4 % (72).

Grafica 4



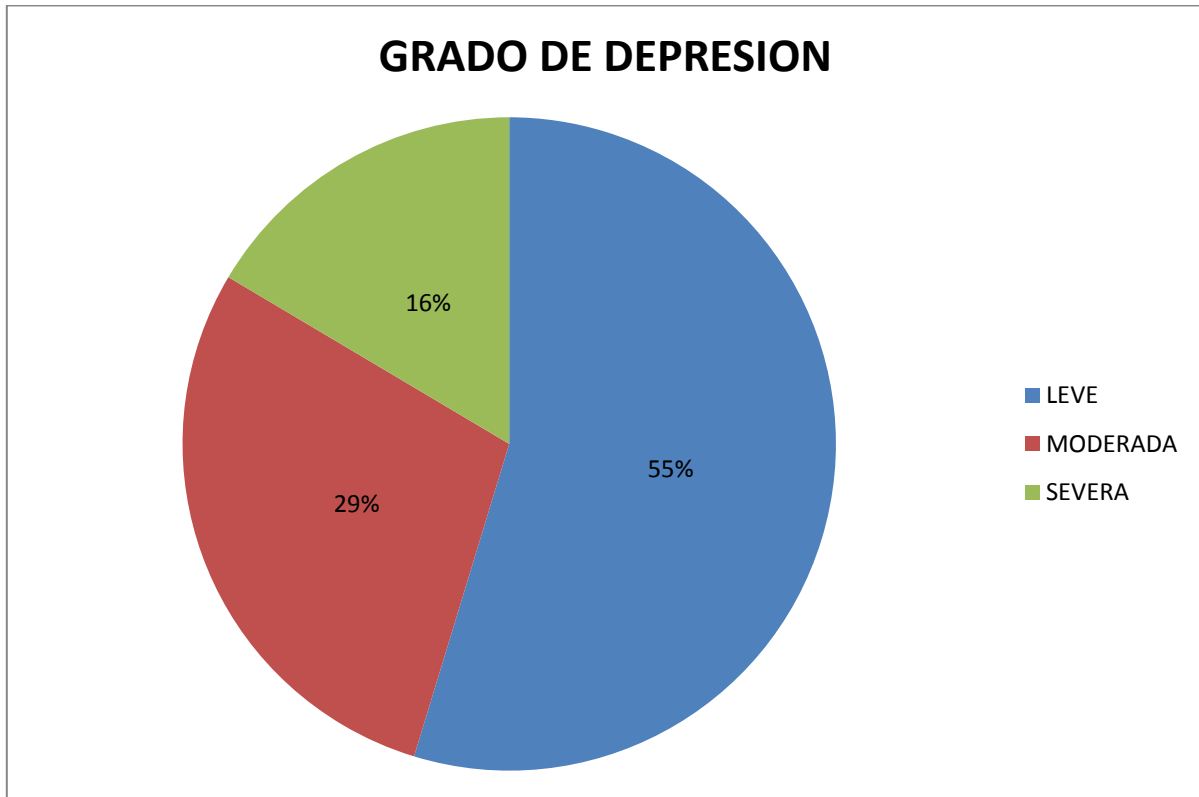
Los pacientes que presentan depresión tiene variaciones importantes de acuerdo al grupo de edad, la mayor frecuencia corresponde de los 60 a los 64 años con 66 adultos mayores, 34 del sexo masculino y 32 del sexo femenino, entre los 70 y 74 años con 60 pacientes. Disminuyendo la frecuencia de la depresión de los 90 a 100 años.

Grafica 5



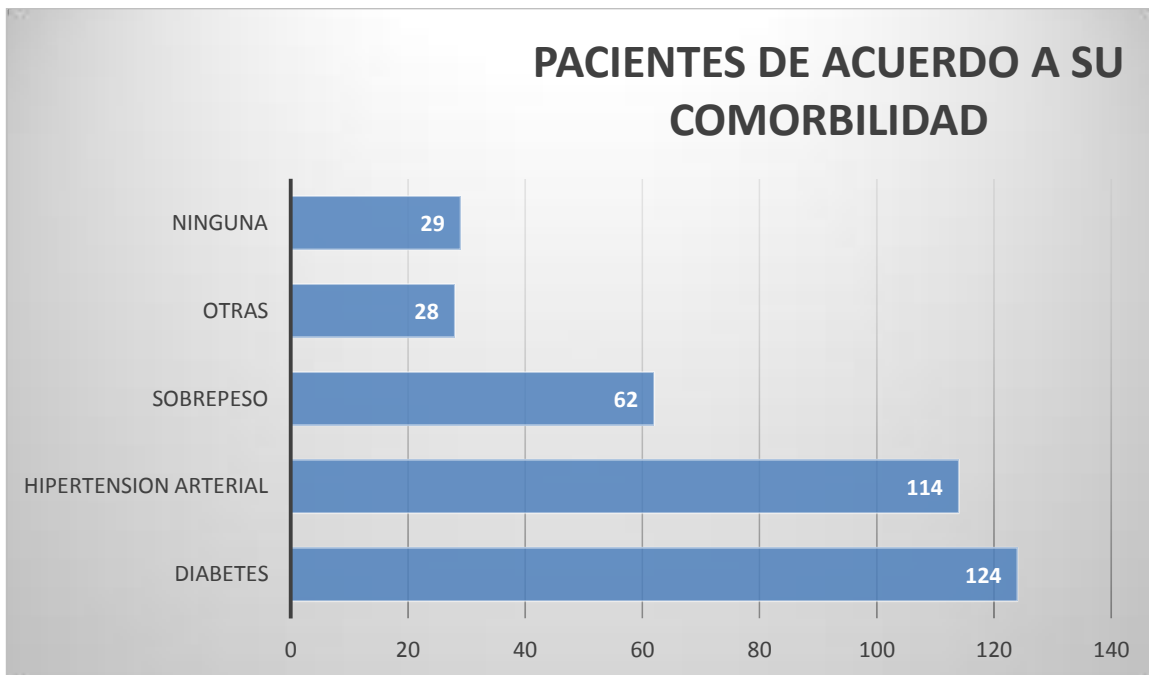
De los 170 pacientes con depresión, el 55% (93) se encuentra con depresión leve, el 29% (49) con depresión moderada y el 16 % (28) con depresión severa.

Gráfica 6



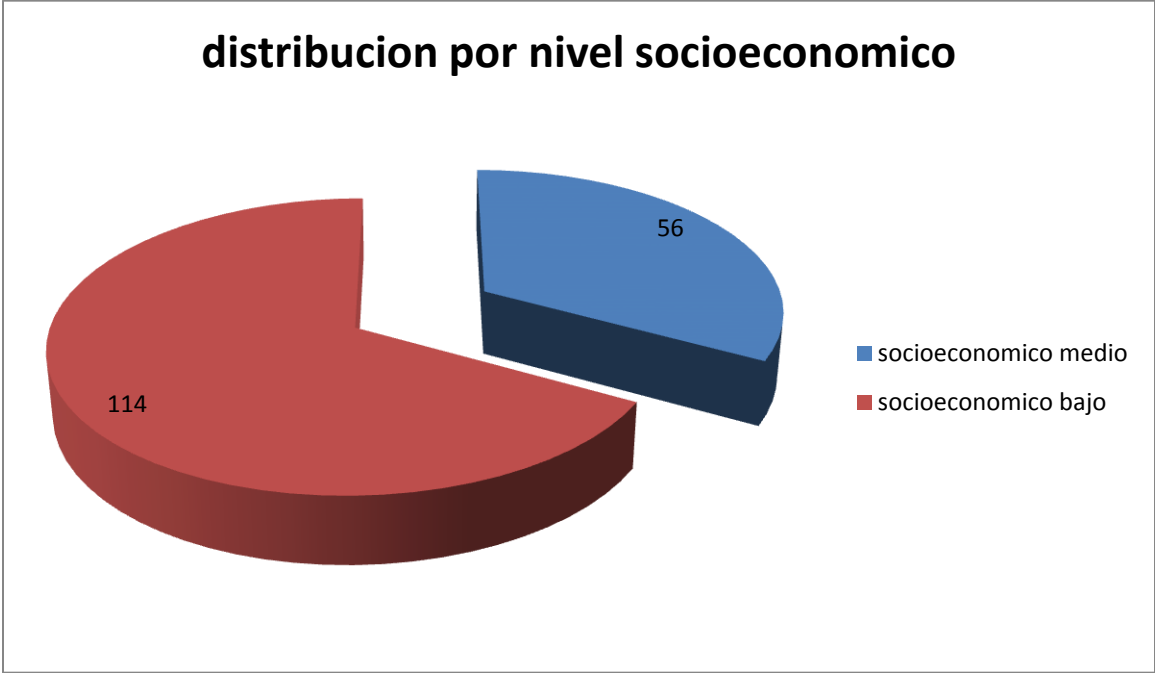
De acuerdo a la comorbilidad, se observó que la Diabetes Mellitus es la que más predomina en 124 pacientes, le continúa la Hipertensión arterial en 114. Y sobrepeso en 62 pacientes.

Grafica 7



De los 170 pacientes con algún grado de depresión se observó que 56 pacientes se encuentran en nivel socioeconómico medio y 114 pacientes en nivel socioeconómico bajo

Grafica 8



De los 170 pacientes con algún grado de depresión se observó que de acuerdo a su ocupación y nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico medio son 56 pacientes distribuidos por su ocupación en, 23 son mineros, 20 son comerciantes, 7 son agricultores, 3 son obreros, 2 son jubilados y 1 son profesionistas.



Nivel socioeconómico bajo son 114 pacientes, distribuidos por su ocupación en 85 son jubilados, 10 son agricultores, 8 son comerciantes, 7 son mineros, 3 son obreros y 1 es profesionalista.



10. DISCUSION

La depresión es uno de los padecimientos geriátricos más frecuentes a nivel mundial y se estima que en el año 2020, será la primera causa de pérdida de años de vida saludable en países desarrollados y la segunda causa a nivel internacional, por lo que debe ser considerado como un problema de salud pública y de prioridad nacional,

Al realizar el análisis podemos determinar que la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es de utilidad para detectar depresión en adultos mayores, y no tener aislado a este grupo vulnerable de nuestra población derechohabiente como tristeza o de algún otro síntoma emocional y/ o físico .

Por lo anterior nuestra recomendación es que a todo paciente adulto mayor de 60 años se le aplique este instrumento de evaluación geriátrica para identificar Depresión y realizar acciones inmediatas.

Cabe mencionar que para la realización del presente estudio todos los pacientes a quienes se les aplicó la escala cumplió con la información suficiente y necesaria para la realización de este trabajo.

11. CONCLUSIONES

En La Unidad Medico Familiar 31 de Zimapan Hgo existe una alta prevalencia de depresión en los Adultos mayores que no está diagnosticada y que en ocasiones se percibe como tristeza o de algún otro síntoma emocional y/ o físico es propio de la edad.

Mayor predominio en hombres comparándolo con sexo opuesto, es más frecuente que se presente en el intervalo de 60 a 64 años de edad, encontrándose mayor frecuente el estadio leve.

Es trascendente que en la consulta de primer nivel se aplique la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para identificar a dicha población, ya que este padecimiento ocasiona incremento de la comorbilidad, complica la evolución de la patología de fondo, mal apego al tratamiento y una mala respuesta terapéutica, e incremento de consultas por paciente, gastos relevantes para la institución, aumentan los síntomas físicos y administración de más fármacos para tratarlos-

Realizar detección oportuna de los trastornos que dañan la función mental en los adultos mayores, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y optimizar recursos tanto materiales como humanos.

El empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, escolaridad, pérdida de determinada posición social, prestigio, estado civil, fallecimiento de su pareja, ocupación apoyo familiar y económico son factores de riesgo en los cuales podemos intervenir para minimizar el impacto y mejorar la calidad de vida del paciente.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Márquez Cardoso, E., Soriano Soto, S., García Hernández, A. y Falcón García Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Atención Primaria, Rev. UNAM ,2009 p. 345-349
- (2) <http://www.iaam.df.gob.mx/documentos/quienes.html>
- (3) Mariana Bello, Salud Pública Méx 2005; Vol. 47(sup 1):4-11
- (4) *Prevalencia de depresión en población adulta en México* Salud Pública Méx 2005; Vol. 47(sup 1):4-11
- (5) Martínez J A, Martínez V A, Esquivel C G y cols. Prevalencia de la depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev. Med, IMSS Soc 2007; 21-28.
- (6) Martínez-Mendoza, J.J.A., Martínez-Ordaz, V.A, Esquivel-Molina, G. Velasco-Rodríguez, V.M., 2007. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social, pp. 21-29
- (7) Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev Fac Med UNAM 2006 ; 66-72.
- (8) González Ceinos M. Depresión en ancianos: un problema de todos. Rev. Cubana Med Gerontología Integral 2001:316-20
- (9). Rocabrana Mederos JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica.. Editorial Científico- Técnica, La Habana. 1999.pag 39-42
- (10) Sheiken JL Yesavage J.A., Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol USA, 2006:165-172.
- (11) Rodríguez M, Boris D, Rodríguez O y cols. Algunos aspectos clínico epidemiológicos de la depresión en el Adulto Mayor. Medisan 2009 :67-70
- (12) Arroyo M, Salva Coll J, Trastornos Depresivos en Cardiología, Roca Bennasar M, Arroyo M, en Trastornos Depresivos en Patologías Médicas, Barcelona, 2006, Ed. Masson, S.A. pág 17-29
- (13) Aguilar S, Ávila J A. La depresión particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Méd Méx 2007;141-4

- (14) Most E, Scheltens P, Van E. Prevention of depression and sleep disturbances in elderly with memory-problems by activation of the biological clock with light - a randomized clinical trial. *Trials* 2010, 11:19.
- (15) Sáiz J., Ibáñez A. El diagnóstico de la depresión. En: Guía práctica de los trastornos depresivos en la asistencia primaria. Barcelona: JR Prous; 2007. 39-52
- (16) Alonso E, Saz P, Lobo A y cols. Relación entre el consumo de ansiolíticos y antidepressivos y la sintomatología psiquiátrica en ancianos. *Rev Esp Geriatria Gerontol.*2010:10–14.
- (17) *Rev Cient Cienc Med* 2011; 14(1): 21-24
- (18).G. Fuente, *Lancet*, Diagnóstico y tratamiento de la depresión,2005 Jun 4-10;365(9475):1961-70.
- (19) <http://www.depresion.psicomag.com/>
- (20). Ruiz Lozano MJ, Gómez-Ferrer C. Trastornos depresivos En: Ballesteros C, coordinador. *Práctica Clínica psiquiátrica. Historia Clínica. Guías Clínicas.* Madrid: Adalia; 2006. p. 203-209.
- (21) Nakao, M., Yamanaka, G. y Kuboki,T Major depression and somatic symptoms in mind/body medicine clinic. *Psychopathology* 2012, 230-235
- (22) www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf
- (23).Cooper Bloom F.E.,Roth,R.R. *The Biochemical Basic , of Neuropharmacology.* New York 6ta edition 2011, 338-339
- (24). Burín, M. y Dio Bleichmar, E. *Género, psicoanálisis y subjetividad.* Buenos Aires: Paidós. Consejo Nacional de Población (Conapo).(2000).36-41
- (25) Fernández, L. y Ruiz, M. “Escenarios de la depresión”. *Lecturas de la depresión.* México: Universidad Autónoma Metropolitana:2005, 23-38.
- (26). Most E, Scheltens P, Van E. Prevention of depression and sleepdisturbancesin elderly with memory-problems by activation of the biological clock with light - a randomized clinical trial. *T* 2010, 11-19.
- (27) Suppes T, Marangell LB, Bernstein IH, Kelly DI, Fischer EG, the treatment of bipolar II depression. 2008: 334-343
- (28). Taqui A M, Itrat A, Qidwai W y cols. Depression in the elderly: Does family system play a role, *BMC,Psychiatry* 2007,2-4.

- (29) Blanco, G. y Feldman, L. Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora. *Salud Pública Mex*, 2000:217-225
- (30). Fernández, L. y Ruíz, M. Lo singular y lo social en la depresión *Lecturas de la depresión*. México: Universidad Autónoma Metropolitana: 2005.14-17
- (31) Knopman DS. Alzheimer's disease and other dementias. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman's Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia; 2011: 409-410
- (32) Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*, 2009, 55-62.
- (33). American Psychiatry Association. DSM - IV. Manual diagnóstico y estadístico para trastornos mentales. Ed. Washington, DC, 2004,29-32
- (34). Judd LL ,Schettler PJ, Akiskal HS. The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatr Clin North Am*. 2005:685-688
- (35). Recalde, JM . Tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria. *Andal Monogr*; 2006, 41-48.
- (36).Kaplan, H, Sadock, B. Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Panamericana. 8va edición. 2009: 593-656
- (37). <http://www.aarp.org/espanol/salud/farmacos-y-suplementos/info-02-2012/10-medicamentos-provocan-sintomas-depresion.html>
- (38).Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., y Kleiman, A. *Salud mental en el mundo*, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.2012, 123-124
- (39) Rodes Texidor J. Guardia Massó J. Biología del envejecimiento. Editorial Masson. Edición 1997. Barcelona (España). 3472- 3475.
- (40) Rev. Fac. Med. UNAM 1998; Envejecimiento; Volumen 41 (5): 198-206.
- (41) Salgado A Guillén F. Manual de Geriatria. Editorial Salvat. 1990 Barcelona (España); 1-17.
- (42) Boltvinik, J. y Damian, A. Derechos humanos y medición oficial de la pobreza Y Depresión en México ,Universidad Autónoma del Estado de México, 2005: 101-137.

(43) Davesa Colina E. Geriatria y gerontología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1995:1-12

(44) Izal M, Montorio I, Nuevo R y cols. Comparación de la sensibilidad y la especificidad entre diferentes versiones de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev Española Geriatria Gerontol. 2007:227-232.

(45) Martínez I. La calidad de vida de los mayores del futuro para la mejora de la salud, la educación y las pensiones. Rev Sesenta y Más 2000; 178:46-51.

(46) Wongpakaran T, Wongpakaran N. Factor structure and measurement invariance of the Geriatric Depression Scale-15. Int Psychogeriatr. 2011, 317-318.

13. ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS 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: **Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor , en la Unidad de Medicina Familiar No. 31 de Zimapán Hidalgo**
Patrocinador externo (si aplica)*:

Lugar y fecha: Zimapán, Hgo a del mes de _____

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio. Los resultados de este trabajo brindaran información sobre la prevalencia de depresión en el adulto mayor

Procedimientos: Se le pide al paciente llenar el cuestionario de 15 preguntas SI o NO, tiempo requerido para el estudio 10 a 15 Minutos.

Posibles riesgos y molestias Organizar su tiempo para aplicación del cuestionario que pudiera interferir con actividades provistas de su vida

.Posibles beneficios que recibirá al participar Al conocer sus resultados en caso de salir con depresión envié a especialidad
Información sobre resultados y alternativas A cada paciente se le informara su resultado de evaluación y en caso de ameritar tratamiento.se enviara con psiquiatría. Así mismo se responderá a cualquier pregunta y se aclarara cualquier duda respecto a los procedimientos que se llevaran a cabo.

Participación o retiro: El paciente conserva el derecho de retirarse del estudio en el momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Privacidad y confidencialidad: El investigador dará la seguridad de que no se identificará al paciente en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán manejados de forma confidencial

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autorizo que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: Canalizar a los servicios que otorga el IMSS

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

Investigador Responsable: Dr. José Fernando Salinas Jiménez

Colaboradores: Dra. Arleth Hernández Islas Asesor Clínica y Metodológica

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación sin omitir información relevante del estudio.

* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica

. INSTRUMENTO DE RECOLECCION

No. Registro CLIELS _____

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

HOMBRE ()

MUJER ()

OCUPACION: {
 DESEMPLEADO: ()
 MINERO: ()
 OBRERO: ()
 COMERCIANTE: ()
 AGRICULTOR: ()
 PROFESIONISTA ()
 JUBILADO: ()
 OTRO (ESPECIFIQUE) _____

COMORBILIDADES {
 DIABETES MELLITUS ()
 HIPERTENSION ARTERIAL ()
 OBESIDAD ()
 ARTRITIS REUMATOIDE ()
 OTROS ESPECIFIQUE _____

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE

Lea la pregunta, Analicela y responda colocando una X en SI o NO

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SI	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO

INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF)			
DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIAS DE RESPUESTA	PUNTUACION
ECONOMIA	Ingreso económico familiar	< 1 salario mínimo	3
		1 a 2 salarios mínimos	2
		3 a 4 salarios mínimos	1
		< 5 salarios mínimos	0
	Número de hijos dependientes	<3 hijos	3
		2 hijos	2
		1 hijo	1
		Ningún hijo	0
EDUCACION	Escolaridad materna	Sin instrucción	3
		Primaria incompleta	2
		Primaria completa	1
		Posprimaria	0
VIVIENDA	Número de personas por dormitorio	> 5 personas	3
		4 personas	2
		3 personas	1
		1 a 2 personas	0
TOTAL			

0-03	Sin evidencia de pobreza familiar
04-06	Pobreza familiar baja
07-09	Pobreza familiar media
10-12	Pobreza familiar alta

Nombre de la Familia _____ Fecha _____

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

7.2 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE-

Población diana: Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
 - 0 - 4 : Normal
 - 5 ó +: Depresión
- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		