



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31

TÍTULO DE LA TESIS:

***"ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES
ADULTOS MAYORES"***

NÚMERO DE REGISTRO

R-2019-3609-046

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

HERNANDEZ VILLA GUADALUPE CATALINA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ

MIGUEL ÁNGEL NÚÑEZ BENÍTEZ



U. M. F. No. 31
DIRECCIÓN



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

CIUDAD DE MÉXICO

JULIO 2019



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.



**"ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES"**



TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

HERNANDEZ VILLA GUADALUPE CATALINA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:

DR. SERGIO VÉLEZ MAYO
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.º. 31, IMSS

DRA. TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N.º. 31, IMSS



ASESORES DE TESIS

U. D. F. N.º. 31
DIRECCION

TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ
MEDICO FAMILIAR

MIGUEL ÁNGEL NÚÑEZ BENÍTEZ
MEDICO FAMILIAR



CIUDAD DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

JULIO 2019

N.º. 2



**"ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES"**



TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

HERNÁNDEZ VILLA GUADALUPE CATALINA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 31

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 ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

IMSS
UNIVERSIDAD
DIRECCIÓN



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 3609 con número de registro 13 CI 09 014 189 ante COFEPRIS y número de registro ante
CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 016 2017061.
H GRAL ZONA 1 CARLOS MC GREGOR

FECHA Miércoles, 30 de enero de 2019.

DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ
PRESENTE

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

" ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES"

que somolió a consideración para evaluación de este Comité Local de 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:

No. de Registro
R-2019-3609-048

ATENTAMENTE

FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3609

IMSS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A MIS ASESORES

Dr. Miguel Ángel Núñez y Teresa Alvarado
Gracias por su apoyo en este proyecto de tan noble profesión.

DEDICATORIAS

DIOS

Por darme la oportunidad de existir y ser quien soy, la capacidad de luchar y de emprender cosas nuevas

A MIS PADRES: (SERAFÍN † Y BAUDELIA †).

Por todas las enseñanzas y momentos vividos, aunque ya no los tengo terrenalmente sé que desde el cielo están muy orgullosos de mi por los éxitos obtenidos que siempre serán los suyos.

A MI FAMILIA.

Por la confianza que siempre han tenido en mí, por su apoyo a lo largo de este camino.

A MIS HIJOS: ÁNGEL SAID Y CHRIS ALEXANDER

Por todo su amor, comprensión incondicional, ser mi razón de vivir y mi motivación para seguir adelante en esta travesía que iniciamos juntos hace tres años, **“el esfuerzo es de los tres”**.

A MIS AMIGOS

Perla Lemus, por ser un ejemplo de superación
Angélica Rincón, por todo el tiempo compartido y no dejarme rendir.
Daniel Navarro, por su apoyo incondicional para seguir adelante

DATOS DEL ALUMNO	
Apellido paterno	Hernández
Apellido materno	Villa
Nombre	Guadalupe Catalina
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de medicina
Carrera	Médico familiar
No. de cuenta	517210581
DATOS DEL ASESOR	
Apellido paterno	Alvarado
Apellido materno	Gutiérrez
Nombre	Teresa
Apellido paterno	Núñez
Apellido materno	Benítez
Nombre	Miguel Ángel
DATOS DE LA TESIS	
Título	<i>“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES”</i>
No. de páginas	80
Año	2019

ÍNDICE

PÁGINA

1.-RESUMEN	9
2.-INTRODUCCIÓN	11
2.1. Marco Epidemiológico	12
2.2. Marco Conceptual	17
2.3. Marco Contextual	28
3. JUSTIFICACIÓN	33
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
5. OBJETIVO	33
6. HIPÓTESIS	34
7. MATERIAL Y MÉTODO	35
- 7.1. Periodo y sitio de estudio	35
- 7.2. Universo de trabajo	35
- 7.3. Unidad de análisis	35
- 7.4. Diseño de estudio	36
- 7.5. Criterios de selección	36
- 7.5.1. Criterios de inclusión	36
- 7.5.2. Criterios de exclusión	37
- 7.5.2. Criterios de eliminación	37
7.6 Maniobras para evitar y controlar sesgos	37
8. MUESTREO	38

- 8.1. Cálculo del tamaño de muestra	38
9. VARIABLES.	40
- 9.1. Operacionalización de variables	40
10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	45
11. ANALISIS ESTADÍSTICO	45
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
12.1. Conflicto de interés	53
13. RECURSOS	53
13.1. Humanos	53
13.2. Materiales	54
13.3. Económicos	54
13.4. Factibilidad	54
14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	55
15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS	55
16. RESULTADOS	55
17. DISCUSIÓN	68
18. CONCLUSIONES	69
19. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	70
20. BIBLIOGRAFÍA	72
21. ANEXOS	77
21.1. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	77
21.2. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	78
21.3. HOJA DE INSTRUMENTO: ESCALA DE YESAVAGE	79
21.4 HOJA DE INSTRUMENTO: ESCALA DE MORISKY	80

1. RESUMEN.

“Asociación entre depresión y adherencia terapéutica en adultos mayores”

*Autores: *Guadalupe Catalina Hernández Villa. ** MF. Teresa Alvarado Gutiérrez MF. ***Miguel Ángel Núñez Benítez.*

**Residente de tercer año de Medicina Familiar.*

*** Enc. Coord. Clín. De Educ e Inv. En Salud. UMF 31 del IMSS. Asesor Clínico*

**** Medico Familiar. UMF 31 del IMSS,*

Antecedentes: La depresión en el adulto mayor es un problema que afecta la calidad de vida, siendo una de las causas de la falta de apego al tratamiento farmacológico.

Objetivo: Identificar la asociación que existe entre la depresión y la adherencia terapéutica en adultos mayores

Método: Se realizó un estudio transversal, descriptivo con una muestra de 100 pacientes que acudieron a la consulta externa de la UMF 31. Se abordaron pacientes en sala de espera y se realizó consentimiento informado, se aplicó la escala de depresión geriátrica: Yesavage y Morisky-Green de adherencia terapéutica.

El análisis estadístico fue a través de medida de tendencia central (media y mediana), distribución de frecuencias, porcentajes y medidas de variabilidad (desviación estándar), se utilizó el SPSS versión 25.

Resultados de 100 pacientes encuestados 44% fueron masculinos y 56% femeninos, en un rango de edad entre 60 y 88 años. Se encontró 18% con depresión (9% hombres, 9% mujeres) y 82% sin depresión, de los cuales el 60% tuvo adherencia terapéutica y el 40% sin adherencia terapéutica. Encontrando similitud en los casados, con primaria, católicos y dedicados al hogar, que son los que más se deprimen y tienen mejor adherencia terapéutica.

Conclusión No se encontró asociación entre depresión y adherencia terapéutica, con un resultado de asociación de 0.022.

Palabras Clave: Depresión, Adherencia terapéutica, Adulto Mayor

SUMMARY.

"Association between depression and therapeutic adherence in older adults"

Authors: * Guadalupe Catalina Hernández Villa. ** MF. Teresa Alvarado

Gutiérrez MF. *** Miguel Ángel Núñez Benítez.

* Resident of third year Year of Family Medicine.

** Professor of the Specialty of Family Medicine. UMF 31 of the IMSS. Clinical Advisor

*** Family Doctor. UMF 31 of the IMSS

Background: Depression in the elderly is a problem that affects the quality of life, being one of the causes of the lack of adherence to drug treatment.

Objective: Identify the association between depression and therapeutic adherence in older adults

Method: A cross-sectional, descriptive study was conducted with a sample of 100 patients who attended the external consultation of the UMF 31. Patients were approached in the waiting room and informed consent was performed, the geriatric depression scale was applied: Yesavage and Morisky -Green of therapeutic adherence.

The statistical analysis was through a measure of central tendency (mean and median), frequency distribution, percentages and measures of variability (standard deviation), the SPSS version 25 was used.

Results: of 100 patients surveyed 44% were male and 56% female, in an age range between 60 and 88 years. 18% were found with depression (9% men, 9% women) and 82% without depression, of which 60% had therapeutic adherence and 40% without therapeutic adherence. Finding similarity in the married, with primary, catholic and dedicated to the home, which are the ones that are most depressed and have better therapeutic adherence.

Conclusion: No association was found between depression and therapeutic adherence, with an association result of 0.022.

Keywords: Depression, Therapeutic adherence, Elderly

2.Introducción.

La depresión en el adulto mayor es un problema mundial, caracterizado por un trastorno de ánimo con pérdida de interés ante la vida diaria, siendo causa de discapacidad y de mortalidad, hasta un 50% en los trastornos mentales.

A nivel mundial existe hasta un 4.4% de pacientes deprimidos en la edad adulta, siendo un factor de riesgo para suicidio. Es difícil identificarla y se puede confundir con otras enfermedades, como demencia y deficiencias vitamínicas; pasando desapercibida por la familia, argumentando que es normal por la edad. Existen otros factores como el entorno social para el desarrollo de la enfermedad.

En el adulto mayor nos podemos apoyar en herramientas útiles para el diagnosticarlo oportuno del padecimiento a través de la escala geriátrica de depresión Yesavage, que podemos aplicar en nuestro consultorio, siendo de fácil acceso, con 15 preguntas encaminadas a valor el estado de ánimo del paciente, realizando intervenciones oportunas y ofrecer un mejor tratamiento, evitando intentos suicidas, abuso de polifarmacia o descuido en su tratamiento de patologías crónico degenerativas, ya que una mala adherencia terapéutica nos conlleva a más hospitalizaciones por descontrol metabólico. Este tipo de trastorno lo podemos diagnosticar a través de los criterios del DSM-5 donde es clasificado como depresión leve, moderado y severo.

Es importante siempre verificar la cantidad de medicamentos administrados al adulto mayor, hacer hincapié de una adecuada adherencia terapéutica para garantizar un buen control de las enfermedades crónico degenerativas, detectando oportunamente si nuestro paciente pueda estar cursando con un

cuadro depresivo, lo que puede condicionar que no haya una adecuada adherencia terapéutica en caso de los pacientes depresivos.

Existen muchos estudios que nos pueden demostrar que hay una alta prevalencia de depresión en el adulto mayor, siendo esta causa de discapacidad, así como de intento suicida. De la misma manera tratando de correlacionarlo con la adherencia al tratamiento en los pacientes con enfermedad des crónicas.

2.1. Marco epidemiológico.

El INEGI reportó en 2010 que en México hay 10.5 millones de adultos mayores y para el 2030 habrá 2.2 millones, con el incremento en enfermedades crónico degenerativas, una mayor incidencia y prevalencia en enfermedades mentales como la depresión (OMS). El IMSS en el 2010 reportó que en México la depresión afecta al 11.3% de los adultos mayores y en el Estado de Puebla es la primera causa de consulta en unidades de psiquiatría donde el 16.8% son personas mayores.¹

La Asamblea mundial sobre el envejecimiento en 1950 dijo que los adultos mayores ocupaban el 8%, equivalente a 6.8 millones en 2002, será de 22.2 millones para el 2030 y de 36.2 millones al año 2050. Según la ONU, en México las personas de 60 años ascendieron a 10,055,379 al 2010 representando 9,06% de la población mexicana con crecimiento anual de 3.8%, además del 9.7% de personas con vejez por cada 100 en edad reproductiva, la depresión es la cuarta causa de incapacidad a nivel mundial seguida de las enfermedades del corazón, siendo mal diagnosticada en los ancianos, así como en tratamiento inadecuado, incrementando su riesgo de mortalidad, predominando en el medio rural.²

La OPS nos dice que un adulto mayor es el que tiene 60 años o más y que su esperanza de vida va a depender de cómo se presente el envejecimiento. La OMS marca que las personas de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, los mayores de 90 años son longevos o grandes longevos. Hoy en día las personas viven más años, y se calcula que hasta un 42% de la población sobrevivirá hasta los 80 años, la población de ancianos tendrá un incremento del 11 al 22% para el 2050. La ONU nos dice, un adulto mayor es toda persona con más de 65 años en países desarrollados y de 60 años en vías de desarrollo, indistintamente a toda persona mayor de 60 años se le llama persona de la tercera edad.³

La depresión es una enfermedad con alta prevalencia en el adulto mayor, la OMS describió que más del 50% tiene algún trastorno mental incapacitante, siendo la demencia y la depresión los más comunes, con una incidencia anual del 0.15%, mientras que en atención primaria el 10% presenta depresión clínica. La depresión en los adultos mayores es insidiosa siendo difícil identificarla y se llega a confundir con enfermedades como hipotiroidismo, infarto del miocardio, diabetes, Alzheimer, enfermedad cerebro vascular y deficiencia de ácido fólico o vitamina B12, se asocia con alta mortalidad al disminuir la expectativa de vida además de la afectación físico y social con mayor auto abandono.⁴

A nivel mundial, se calculó que el número total de personas con depresión excedió los 300 millones en 2015. La OMS nos dice que la prevalencia a nivel mundial de la depresión en el 2015 fue de 4.4% a nivel general y que aumentó un 18% entre el 2005 y el 2015, se presenta con mayor frecuencia en la edad adulta de hasta un 7.5% en mujeres de 55 a 74 años y en hombres un 5.5%.⁵

Según la encuesta europea de salud 2014 (INE) en los últimos 12 meses los adultos mayores tuvieron una prevalencia en depresión de 12.9%, con un aumento en la población de 75 años con 15.0%, y en la atención primaria va desde el 16.0 al 34.5%.⁶

La estimación global y regional de la proporción de la prevalencia de las enfermedades a nivel mundial nos reporta para México una prevalencia de depresión del 4.2%.⁵

La OMS estima que en el 2020 el trastorno depresivo mayor será la segunda causa de incapacidad en el mundo con lo que la adherencia a las terapias antidepressivas juega un papel fundamental, describiéndose como incumplimiento de al menos 80% de las dosis indicadas.⁷

Las enfermedades crónico degenerativas no se curan solo se controlan y la mala adherencia al tratamiento es causa de ingreso hospitalario, calculándose así una adherencia global de los tratamientos a largo plazo, en un 50% de los países desarrollados y un 20% en los subdesarrollados, así como estar relacionadas con depresión.⁸

Hemos visto que la depresión es una enfermedad con más alta de prevalencia (13.9 – 29%) en la atención primaria, y en la mujer hasta un 50%, calculando que más de 150 millones de personas la padecerán en algún momento de la vida, generando síntomas somáticos y discapacidad, con un gran impacto en la productividad, las relaciones personales. La depresión es el factor más asociados al suicidio, el riesgo es cuatro veces mayor en las personas con depresión que en la población general, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave.⁹

La Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México (SEDESA) cuenta con una serie de servicios, programas y equipos interdisciplinarios con psicólogos, psiquiatras para abordar integralmente y oportuna los padecimientos salud mental, a fin de identificar a las personas en riesgo, con síntomas de estrés, ansiedad o depresión y evitar que los casos se compliquen. El Dr. Alejandro Córdova Castañeda, responsable del Programa de Salud Mental, informó que en el año 2016 y 2017 se otorgaron más de 453 mil atenciones relacionadas las alteraciones de la esfera mental. “Haciendo un abordaje integral con diferentes servicios y programas para dar calidad de vida a personas a través de mejorar su salud mental y prevenir que no decaigan” Explicó que según la OMS, las personas con trastornos mentales no tratadas, ocupan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial, específicamente la depresión, que ocupa el tercer lugar de las causas de enfermedad, con mayor impacto en los países de ingresos medios, como México y de no actuar, en 2030 será la principal causa de morbilidad.³²

Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, el 28.6% de la población adulta padecerá algún trastorno mental alguna vez en su vida, siendo las más relevantes los trastornos de ansiedad (14.3%), consumo de sustancias (9.2%) y afectivos (9.1%). La Ciudad de México, tiene como problemas principales de salud mental, los trastornos afectivos y emocionales, tales como, depresión, ansiedad y suicidio. Por eso es fundamental promover la salud mental y atender a quien presenta alteraciones y para ello se ha desarrollado el programa de Salud Mental, el cual tiene como ejes centrales la atención del estrés, la ansiedad, depresión, suicidio, entre otros. Se ha reportado en la

delegación Iztapalapa un 6.6% de incidencia en suicidio, el 1% de la población es susceptible de padecer algún trastorno mental, El programa está diseñado para brindar una atención Integral a través de equipos multidisciplinarios integrados por psicólogos, trabajadoras sociales, médicos y enfermeras, además de un psiquiatra, quienes han brindado más de 273 mil 338 consultas de salud mental de 2016 a la fecha. Una de las acciones con los centros de salud, son las jornadas de Salud Mental y la estrategia “Sana tu mente, sana tu cuerpo” en las delegaciones, para promocionar el cuidado y educación y haciendo estudios de tamizaje en población susceptible que de resultar positiva es canalizada para su atención, y se le entrega información. Otra estrategia es a través del Centro de Atención Telefónica de Medicina a Distancia 51320909 donde se han realizado más de 98 mil 829 intervenciones de atención psicológica con intervenciones de asesoría, contención, información y orientación.³²

Mediante las 32 Unidades de Médicas de Atención y Prevención de Adicciones (UNEME- CAPA) recibieron ayuda de mil 656 personas con el diagnóstico de depresión, y mil 333 con trastorno de ansiedad y a 20 mil 978 usuarios se les ofreció información en prevención de adicciones. Además de las atenciones brindadas en los dos centros hospitalarios de desintoxicación ubicados en Venustiano Carranza y Xochimilco.³²

El ex Jefe de Gobierno de la Ciudad de México, el Dr. Miguel Ángel Mancera, creó el programa Interinstitucional para la Prevención y Atención de las Conductas Suicidas, donde se da atención inmediata, se identifica a personas de riesgo y se da contención, con el fin de dar atención inmediata a personas que están a punto de atentar contra su vida. Además, instaló el Consejo de Salud

Mental de la CDMX como órgano de consulta para coordinar estrategias interinstitucionales, actualizar referentes epidemiológicos, impulsar acciones de capacitación, y promoción de campañas informativas contra problemas específicos.³²

La depresión en México es la primera causa de deterioro de la calidad de vida de las mujeres, y la novena para los hombres. Además, no sólo nos hace miserables: la depresión hace perder a quien la padece un promedio de 2.7 días de trabajo, lo que la convierte en una enfermedad incapacitante. Según la salud mental publica en México los trastornos que más afectan a los mexicanos son: depresión 7%, angustia 7%, bipolaridad 1.6%, trastornos obsesivos 1.1%, esquizofrenia 1%. 1 de cada 4 mexicanos entre 18 a 65 años sufrirá algún trastorno mental durante su vida, y solo 1 de cada 5 recibirá ayuda profesional.³³

2.2. MARCO CONCEPTUAL.

“De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM5) de la Asociación Psiquiátrica Americana y de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) de la organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno de ánimo caracterizado por la pérdida de interés o placer por las actividades de la vida diaria. Síndrome geriátrico frecuente e incapacitante desapercibido por la familia, generando deterioro físico, funcional con más susceptibilidad a las enfermedades crónicas, con aumento de la morbilidad y mortalidad de la población, ya que suele inducir a intentos de suicidio y/o muerte”.¹

El entorno social disminuye o incrementa los estados depresivos ligados con viudez, soltería y el sexo femenino con más prevalencia entre los 75 y 85 años. Los síntomas se puede deber a deficiencia en los neurotransmisores, factores biológicos, pérdidas (pareja, amigos, trabajo) o por el tipo de personalidad.⁹

La depresión se asocia con un conjunto de síntomas afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, impotencia frente a las exigencias de la vida) con síntomas cognitivos, volitivos y somáticos, con afectación global psíquica y física.⁹

Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.⁹

Clasificación de la American Psychiatric Association, quinta edición (DSM-5)

La quinta edición del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), divide la anterior clasificación de “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares”.⁶

“El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSMIV-TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación”. El período es de al menos 2 semanas consecutivas con un mínimo de 5 síntomas y al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por casi todas las

actividades. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave.⁹

Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

A. Cinco (o más) síntomas han estado presentes durante un período de dos semanas y con cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de placer.⁹

1. Animo deprimido la mayor parte del día, todos los días, según la observación por parte de otras personas.⁹

2. Disminución importante del interés de casi todas las actividades la mayor parte del día, todos los días.⁹

3. Pérdida o aumento de peso sin dieta con disminución del apetito casi todos los días.⁹

4. Insomnio o hipersomnia todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor todos los días.

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva casi todos los días (auto reproche o culpa por estar enfermo).⁹

8. Incapacidad para pensar o concentrarse, para tomar decisiones.⁹

9 Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.⁹

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.⁹

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.⁹

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.⁹

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.⁹

Según Vallejo el término depresión lo podemos usar en tres sentidos: como síntoma, síndrome y enfermedad.¹⁰

La depresión es una patología psiquiátrica incapacitante de la edad adulta asociada a un incremento de la mortalidad y teniendo como efecto negativo el bienestar de los ancianos, siendo crónica y con recurrencias o recaídas.^{11,12}

Escala de valoración de depresión geriátrica (GDS) de YESAVAGE

Es un cuestionario hetero administrado utilizado para el cribado de la depresión, el cual conocemos como instrumento con el que el personal de salud puede medir el grado de depresión en el adulto mayor de una manera rápida, válida y confiable, pero no sirve para evaluar los intentos suicidas.^{13,14}

Es una herramienta útil y fue creada por Yesavage en 1982, para adultos mayores, tiene una sensibilidad del 92% y especificidad del 89% con criterios diagnósticos.

El cuestionario original es de 30 puntos con respuesta dicotómica si/no sobre el estado de ánimo en la última semana. En 1986 se modificó a 15 preguntas

seleccionadas del cuestionario largo que tiene relación con síntomas de depresión.^{13,14}

De los 15 puntos, 10 nos indican la presencia de depresión cuando estos son afirmativos (2, 3, 4, 6, 8, 9,10, 12, 14, 15) y (1 5, 7, 11, 13) indican depresión cuando se responden negativamente. Cada respuesta errónea vale 1 punto, los puntos de corte son.

Puntaje: 0 – 4 = normal o sin depresión

5 – 8 = depresión leve

9 – 11= depresión moderada

12 – 15 = depresión severa

Puede usarse para llevar el control de la depresión a lo largo del tiempo en áreas clínicas, un puntaje mayor a 5 nos obliga a una evaluación psicológica minuciosa y una evaluación del intento suicida, ya que la presencia de depresión es indicativa de intervención y tratamiento médico.^{13,14}

Adherencia terapéutica o cumplimiento terapéutico.

La OMS nos dice que es la magnitud con a que los pacientes llevan a cabo las indicaciones médicas. Según Haynes y Sakett es la conducta que tiene nuestro paciente con la toma de sus mediciones, así como el seguimiento en una dieta, cambios en sus estilos de vida indicadas por su médico prescriptor.¹⁵ Es el grado de actitud del paciente en las recomendaciones e indicaciones a su salud, así como en citas programadas, toma de medicamentos, estilo de vida y realización de estudios indicados.¹⁶

Hay investigaciones que nos dicen que una mitad de los ancianos no toma bien la prescripción indicada y hasta un 90% toma una dosis menor que la indicada por el médico ocasionando resultado desfavorables y más gastos para el sector salud, ya que los pacientes toman decisiones autónomas sobre su medicación, según sus creencias, sobre su enfermedad y como debe hacerle frente, por lo que el médico familiar debe hacer alianza con el paciente para mejorar la efectividad de los tratamientos, en base a la relación médico paciente, el entorno del paciente, su enfermedad y su terapéuticas.¹⁶

Una forma fácil de evaluar la no adherencia terapéutica está basada en la intencionalidad: a) cumplimiento intencionado: el paciente abandona el tratamiento por ser costoso para él o por los efectos adversos que le genere tomarlo y b) incumplimiento no intencionado: por olvido de tomar las dosis de tratamiento.¹⁶

Hay varios métodos indirectos que nos ayudan a medir la adherencia terapéutica por medio de la entrevista donde se emplean cuestionarios y se ha visto que a mayor conocimiento de la enfermedad de dicho paciente tiene una mejor adherencia al tratamiento. Los test son: a) test de Batalla usado para hipertensión y modificado para dislipidemias, b) test de Morisky Green que valora actitudes de adherencia al tratamiento, pero no útil para prescripción a demanda, c) cuestionario de comunicación del auto cumplimiento y d) comprobación fingida.¹⁶

La adherencia y el cumplimiento terapéutico son las bases para que los tratamientos que en su momento tenga el paciente sea lo más efectivo posible, si hay falta de adherencia habrá una disminución en la eficiencia y eficacia del

tratamiento antidepresivo, ocasionando recurrencias y permanencia de los síntomas clínicos, es así que un paciente mal adherido a su medicación le resulta en más enfermedades médicas, más sintomatología de tipo somático y por lo tanto más uso de los servicios de salud.¹⁷

Las enfermedades crónicas son las que están presentes por muchos años y que van afectando la calidad de vida de los pacientes, no son curables solo se controlan actualmente, por lo que llevar acabo un buen cumplimiento de los tratamientos y de las indicaciones terapéuticas son un pilar fundamental para tener buenos resultados a largo plazo en los tratamientos implantados de las enfermedades de los pacientes. Muchos pacientes ingresan y egresan de los hospitales por complicaciones y fallos en los tratamientos ambulatorios siendo estas dos situaciones muy vinculadas a la adherencia terapéutica, así como la intervención diaria del personal médico y farmacéutico haciendo énfasis en la educación de los pacientes sobre una correcta necesidad de mantener una buena adherencia terapéutica. ¹⁸

La adherencia al tratamiento es un problema al cual se enfrentan día a día el personal de salud en los pacientes que cursan con enfermedades crónicas alcanzando hasta un 50% según lo reportado por la OMS. Ya que una de las principales redes de apoyo es la familia, como cuidadores primarios en el paciente anciano, invalidado para el cumplimiento de los tratamientos, se ha visto que cuando la familia está unida o integrada hay mejora en la adherencia y el control de la enfermedad, pero si el paciente es de una familia disfuncional y no tiene apoyo de su familia todas las medidas implementadas para mejorar su adherencia terapéutica pueden fallar.¹⁹

Instrumento que valora la adherencia terapéutica

Es un método de valoración indirecto del apego terapéutico fue validado para población española (validación española de Knobel et al)¹⁷ frecuentemente se usa para las enfermedades de tipo crónico degenerativas, el test es sencillo nos da la pauta para hacer las preguntas junto con la conversación al entrevistar al paciente, dándonos información sobre sus posibles causas de incumplimiento, según las respuestas del paciente.¹⁵Tiene una sensibilidad del 72% y especificidad 91%.¹⁷

La escala de valoración de adherencia terapéutica de Morisky Green y Levine nos valora el apego y cumplimiento de la medicación terapéutica en diferentes enfermedades. Consiste en 4 preguntas con respuesta dicotómica si/no que nos indica la conducta de nuestro paciente respecto al cumplimiento de la ingesta del tratamiento farmacológico, valorando si toma actitudes correctas en relación a su manejo médico de su enfermedad.

Se considera paciente cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas: no/si/no/no. Si el paciente tiene actitudes incorrectas el paciente es incumplidor. ²⁰

El cuestionario consta de 4 puntos a evaluar. ²⁰

1.- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

Si () No ()

2.- ¿Toma los medicamentos a la hora indicada?

Si () No ()

3.- ¿Cuándo se encuentra bien deja de tomar los medicamentos?

Si () No ()

4.- ¿Si alguna vez se siente mal deja usted de tomar el medicamento?

Si () No ()

Enfermedades crónico degenerativas

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta, representan una epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación, son responsables de más del 60% de las muertes, 80% de las cuales ocurren en países de bajos y medianos ingresos. Las enfermedades crónicas ocasionan cambios de estilo de vida potencialmente estresantes como: dejar de hacer actividades que disfrutaba, adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales, pagar medicaciones y servicios de tratamiento costosos, lo que genera en el anciano ansiedad o trastornos del estado de ánimo. La depresión es un problema de salud pública que se presenta con más frecuencia en el adulto mayor, mal tratada al adjudicar los síntomas como parte de la edad adulta, debido a

disminución en las habilidades mentales, disminución de las actividades físicas, déficit económico, soledad, viudez entre otras causas. Diversos autores han reportado la asociación de la depresión con enfermedades crónicas degenerativas como: diabetes, hipertensión, cardiopatía isquémica, hipotiroidismo, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, cáncer, EPOC y artritis, ya que puede favorecer una evolución más tórpida, así como el pronóstico y una incapacidad funcional.³⁴

La depresión es la condición más prevalente en pacientes con enfermedades crónicas, la prevalencia puede ser 2 o 3 veces más alta, en comparación con personas sin condiciones crónicas. La diabetes, duplica la probabilidad de desarrollar depresión, afecta al 30% de personas con diabetes tipo 1 y 2. En pacientes con enfermedades cardiovasculares la prevalencia de depresión es del 20% y 45%. Diversos estudios han demostrado que la presencia de algún trastorno mental puede contribuir tanto a la etiología como a la progresión de las enfermedades crónicas. Los pacientes con depresión tienen más riesgo de sufrir una enfermedad coronaria, y la sintomatología depresiva se encuentra asociada a un incremento en el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. En cuanto a la progresión de la condición crónica, los síntomas depresivos incrementan las complicaciones asociadas a la diabetes, como retinopatía diabética, enfermedades cardiovasculares, nefropatía y disfunción sexual. En el caso de las enfermedades cardiovasculares, la depresión aumenta el riesgo de complicaciones médicas y cardíacas, como isquemia, infarto e insuficiencia cardíaca y un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. La depresión se asocia negativamente con el auto-cuidado de la diabetes y de las enfermedades

cardiovasculares, como asistencia a citas médicas, dieta, medicación y actividad física. Asimismo, se ha demostrado que la depresión afecta directamente la adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos, (monitoreo de la glucosa y las citas médicas), generando peor calidad de vida, más gastos médicos, y discapacidad funcional.³⁵

Del mismo modo, los resultados de la Encuesta Mundial de Salud, realizada por la Organización Mundial de la Salud, demostraron que la depresión en pacientes con enfermedades crónicas se asocia a un peor estado de salud, en comparación con pacientes sin depresión que tienen una o más enfermedades crónicas. De ahí la necesidad de brindar salud mental a la población con enfermedades crónicas no transmisibles³⁵.

El Médico Familiar en su labor cotidiana debería detectar la presencia de depresión en los adultos mayores y realizar posteriormente intervenciones psicosociales oportunas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y a disminuir la morbilidad y mortalidad.³⁴

Si resulta necesario canalizar a los pacientes al segundo nivel de atención médica, ya sea con psicología y psiquiatría, e incorporarlos a grupos de apoyo y/o clubes los cuales forman parte de un tratamiento integral.³⁴

Sería conveniente que en las unidades de medicina familiar existieran programas de detección de depresión en los adultos mayores, para así efectuar intervenciones psicosociales oportunas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los ancianos y así disminuir la morbi-mortalidad en forma significativa³⁴

2.3. Marco contextual.

Se realizaron estudios con respecto a la asociación entre la adherencia terapéutica y depresión. Como el de Cordero S et al. (2014) quien realizó un estudio en el estado de Puebla de tipo descriptivo correlacional, transversal en 155 adultos mayores a los que se les aplicó Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la depresión CES-D y la Escala de Yesavage. Con rango de edad de 60 a 90 años, de predominio femenino (65.2%), el CES-D reportó el 18.7% con síntomas significativos, el 70.3% con depresión en sub-umbral, el 9% con posible depresión mayor y el 1.9% con depresión mayor, análogo a la escala de Yesavage con 43.2% sin depresión, 32.9% en depresión leve, 17.4% en depresión moderada y 6.5% con depresión severa, concluyendo que la salud mental del adulto mayor muestra el grado de congruencia del sistema humano con su medio ambiente interno y externo. ¹

Ruiz de Chávez- Ramírez D et al. (2014) realizó un estudio comparativo observacional de los niveles de depresión en el adulto mayor en el IMSS de los servicios de salud en Zacatecas con 594 adultos mayores de 60 años, presentando mayor tendencia en el sexo femenino, pudiendo estar relacionados directamente con la sintomatología depresiva con los cambios durante la menopausia, afectando las funciones cerebrales causando eventos depresivos. Demostrando que aun con una familia integrada y sin aislamiento social presentaron depresión los adultos mayores.²

Salazar A.M et al. (2015) realizó en Bogotá un estudio de corte transversal observacional-descriptivo en 889 adultos mayores para evaluar la depresión

geriátrica con Yesavage, encontrando una prevalencia de depresión del 18.6%, siendo más alto en mujeres (20%) y (18%) en mayores de 70 -79 años, adultos con poca escolaridad del 43% y 22% en personas económicamente dependientes. Encontrándose relación entre depresión y factores psicosociales tales como: vivir solo, insomnio, padecer enfermedades crónicas, muerte de seres queridos en el último año y crisis económica.⁴

Clyne W et al. (2016) realizó un estudio multicéntrico, transversal en Europa (Austria, Bélgica, Inglaterra, Francia, Alemania, Hungría, Holanda, Polonia, Portugal y Suiza) donde investigó la intervención activa del personal médico, de enfermería y farmacéutico en cómo educar a los pacientes con respecto a cómo mantener una buena la adherencia terapéutica correcta, encuestó en línea a 3196 profesionales (855 médicos, 1047 enfermeras, y 1294 farmacéuticos) que laboraron en atención primaria al paciente y encontró que un 50% de los profesionales de la salud si preguntan a sus pacientes crónicos, si ellos olvidan o pierden la dosis de sus medicamentos de sus enfermedades, los farmacéuticos lo hacen en menor proporción, no se vio diferencia entre países, enfatizando en la educación del paciente por parte de los profesionales de la salud para lograr mejores resultados sobre la adherencia al tratamiento en los enfermos crónicos.⁸

Bolaños-Sánchez M et al. (2015) realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo y analítico, donde se determinó una prevalencia del 18.1% de predominio en el sexo femenino, con similitud en los estudios internacionales, identificó que el nivel socioeconómico bajo se asoció con depresión y la religión como factor protector, encontró una clara evidencia entre depresión y deterioro funcional de la población geriátrica dando la pauta para prevención y tratamiento a fin de tener un mejor pronóstico a mediano plazo.¹¹

Según la literatura costarricense Salazar R et al. (2004) realizó un estudio sobre depresión en una población privada de libertad en el centro de atención institucional del adulto mayor documentando una prevalencia del 20.2% sin hallar una relación entre el puntaje de la escala de depresión geriátrica, la edad y el tiempo de estancia en el centro, concluyendo que los trastornos de ánimo de tipo depresión están infra diagnosticados en el centro de atención institucional del adulto mayor del centro.^{11,12}

Núñez AJ et al. (2014) realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal sobre la adherencia que tenían los pacientes poli medicados mayores de 65 años en la atención primaria en Málaga España con una población de 375 tomados por muestreo aleatorio simple y usó como variable el test de Morisky Green, encontró que el cumplimiento terapéutico fue de 51.1% sin relación al sexo ni edad, teniendo mayor apego al tratamiento los pacientes que viven solos en población costera y con riesgo de ansiedad.¹⁵

Serrano MJ et al. (2014) realizó un estudio observacional y longitudinal para evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con depresión en 3 centros de atención primaria en Baleares España, con una muestra de 29 pacientes y se les realizó 8 evaluaciones en 6 meses en promedio con varias escalas, la de Hamilton para depresión y la de Morisky Green de adherencia, la encuesta sociodemográfica, inventario de actitudes hacia la medicación, de creencias sobre el tratamiento y el inventario de personalidad, encontrando un alto porcentaje de adherencia del 72.4%, con reducción en el puntaje de la escala Hamilton y mejoría de los síntomas de la enfermedad depresiva al 4 mes, un 27.65 no tuvo adherencia al tratamiento, se observó que la mayoría fueron mujeres, con escolaridad técnica o superior y que convivían en familia.¹⁷

Rivera J et al. (2015) realizó un estudio de tipo transversal en Ciudad Victoria Tamaulipas México con una población de 1.126 pacientes de más de 60 años donde se vio la prevalencia de los síntomas depresivos, usando la escala GDS Yesavage y se encontró una prevalencia de 29%, 14.3% con depresión leve y 14.7% con depresión mayor, teniendo mayor prevalencia las mujeres con 31.6% y los hombres 25.2%, sin alcanzar significancia estadística en ambos sexos ni grupo de edad.²¹

Molina JC et al. (2013), realizó un estudio transversal en pacientes de la tercera edad en el Instituto de Seguridad Social de Ecuador, donde se aplicó el test de Beck para depresión en 553 pacientes, encontrando así 27.7% eran diabéticos, 37.4% hipertensos, y el 14.8% ambas patologías, y el 81.4% de los pacientes salió con depresión, prevaleciendo la depresión moderada y con un 33.5% ya tenía antecedentes de depresión, concluyendo que la depresión es altamente prevalente en los pacientes geriátricos diabéticos e hipertensos hasta en un 80% de los casos.²²

Rubio -Varela M et al. (2016) realizó un estudio de tipo ensayo clínico aleatorizado con 179 pacientes con depresión mayor con inicio de tratamiento antidepressivo, donde se vio que impacto tenía la intervención farmacéutica en las recaídas de la depresión en primer nivel, se les realizó una entrevista en la farmacia comunitaria para mejorar su adherencia terapéutica durante la medicación, valorándolos a los 3 y 6 meses así como revisando sus expedientes para identificar recaídas en los siguientes 12 meses, encontrando remisión a los 6 meses de la sintomatología.²³

Como Sánchez-Cruz JF et al. (2016) en una encuesta trasversal con 101 pacientes en un UMF de Mérida Yucatán portadores de diabetes, buscó la asociación de estrés y depresión, aplicándoles test de Morisky-Green Levine y el test de Holmes, observó que hasta un 65% de los pacientes presentó estrés, 26% depresión y un 82% falta de adherencia al tratamiento, lo relacionó con el descontrol glucémico y concluyó que el estrés si está asociado a que los pacientes tengan un mal apego al tratamiento de su enfermedad.²⁴

A diferencia de Moral de la Rubia J et al. (2015) realizó un estudio para medir la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo dos de tipo probabilístico con 289 pacientes en una clínica de diabetes en Nuevo León México, valorados con el test de Morisky-Green, el cuestionario de la percepción de la enfermedad y variables sociodemográficas, donde encontró que los pacientes tienen problemas de adherencia terapéutica, uno de los hallazgos importantes de este estudio fue que los pacientes percibieron mejoría a la medicación, lo que hace que tengan un mejor apego al tratamiento.²⁵

En cuanto Ozaki Y et al.(2015) realizó una revisión de la literatura Brasileña en la asociación entre depresión y enfermedades crónico degenerativas, las cuales afectan y empeoran la salud mental de los ancianos, obtuvo mayor prevalencia la depresión en enfermedades crónico degenerativas, aumentando la morbimortalidad y una menor adherencia al tratamiento, condicionando mala calidad de vida con sobrecarga en el sector salud, el mayor deterioro es un factor de riesgo, con una mayor prevalencia en mujeres que hombres y puede desencadenar suicidio. La hipertensión es un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares que predisponen a depresión, así como en la

diabetes que puede presentar hasta dos veces más e riesgo de depresión con una prevalencia de 11%, por cambios en el estilo de vida.²⁶

El síndrome depresivo puede acompañarse de todas las enfermedades crónicas y conlleva a peores desarrollos, peor adherencia al tratamiento por mala calidad de vida y aumento en la morbimortalidad y la discapacidad funcional en la población anciana.²⁶

3.JUSTIFICACIÓN

Esta investigación tiene como fin poder ofrecer las respuestas a la problemática de la asociación entre la depresión y la adherencia terapéutica en los adultos mayores, la cual está relacionada con apariciones tempranas de complicaciones de sus patologías por un mal apego al tratamiento farmacológico, permitiendo al médico familiar la detección oportuna en los pacientes, a fin de conocer las razones de la baja adherencia y su relación con la depresión, para poder intervenir oportunamente en los pacientes y familiares a cargo para poder tener un mejor apego al tratamiento médico.

4.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades mentales tienen un fuerte impacto sobre la salud siendo la depresión la de mayor prevalencia y la segunda causa a nivel mundial de incapacidad en el adulto mayor, conllevándole a depresión de tipo multifactorial y mal diagnosticada atribuyéndose al envejecimiento natural de los pacientes ancianos, dichas condiciones favorecen el mal apego al tratamiento farmacológico y por lo tanto a un mal control médico.

En esta investigación se pretenderá identificar a los pacientes con depresión y si tienen adherencia al tratamiento farmacológico en la UMF 31 con lo que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación entre depresión y adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores?”.

5.OBJETIVO

Identificar si existe una asociación entre depresión y adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores.

6.HIPÓTESIS

Los pacientes adultos mayores con depresión tienen baja adherencia terapéutica

7. MATERIAL Y MÉTODO

7.1. Periodo y sitio de estudio.

Tiempo: La presente investigación se llevó a cabo en promedio 3 meses.

Lugar: Este estudio se llevó a cabo en la población derechohabiente de la UMF No. 31 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de México.

Espacio: Pacientes con diabetes e hipertensión que se detectaron con depresión que acuden a la consulta.

A través de un cuestionario el investigador aplicó personalmente a los pacientes participantes instrumentos ya validados como son el test de Yesavage y Morisky para medir la adherencia terapéutica y la depresión.

7.2. Universo de trabajo.

La población de estudio donde se llevó a cabo la presente investigación se constituyó por pacientes derechohabientes de la UMF31, y que se encontraron comprendidos dentro de la población adulta mayor de un total de 24 206 pacientes que se encuentran afiliados a UMF 31 y que habitan principalmente en las localidades o colonias aledañas a la delegación Iztapalapa de la ciudad de México, que acudió a la consulta de medicina familiar, las cuales contaron con criterios de selección y de exclusión para ser participantes.

7.3 Unidad de análisis.

Se realizó una muestra comprendida en grupos seleccionados de adultos mayores de 60 a 74 años, ancianos de 75 a 90 años y longevos de más de 90 años que presentaron características en común, como la depresión de las que se determinó el grado de adherencia al tratamiento.

7.4. DISEÑO DE ESTUDIO

Tipo de estudio: Clínico

Diseño del estudio: Transversal: Debido a que las variables implicadas en la investigación se midieron solo una ocasión.

El tipo de estudio que se realizó fue un estudio de diseño no experimental, de tipo transversal por conveniencia, es decir, que el objetivo de nuestra investigación fue describir a nuestra población adulta mayor que tuvimos disponible en el momento del estudio, una vez que se conformó nuestra muestra se estableció, las posibles diferencias y relaciones entre el grupo de estudio que compuso nuestra muestra a trabajar y de cada una de las variables más importantes de nuestra investigación. Se observó el comportamiento que tuvo nuestras variables, en base a las situaciones ya existentes, sin crear nuevos eventos a experimentar.

Las conclusiones a las que se llegó en este trabajo sólo fueron válidas para el grupo de sujetos evaluados, no siendo representativas, ni generalizables a otras poblaciones distintas a la estudiada.

7.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

7. 5.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes que sean mayores de 60 años

- De ambos sexos

- De cualquier turno

- Pacientes adscritos a la UMF 31 y que acudieron a la consulta externa

- Pacientes que cursen con enfermedades crónico degenerativos como diabetes e hipertensión
- Pacientes que quisieron participar libremente y voluntariamente con las características señaladas en el estudio y que sepan leer y escribir
- Que firmó la carta de consentimiento

7.5.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes que tengan deterioro funcional o cognitivo
- Pacientes con enfermedad psiquiátrica previa a parte de depresión
- Paciente que tenga una discapacidad que le impida llenar el cuestionario

7.5.3.- Criterios de eliminación.

- Pacientes que no completen las encuestas

7.6 Maniobras para evitar y controlar sesgos

El presente estudio se llevó a cabo a través de la aplicación de la escala de Yesavage y Morisky, donde se evaluó la depresión y la adherencia terapéutica en el adulto mayor.

La recolección de los datos se recabó por el investigador en forma directa a cada paciente, considerando en todo momento los criterios de selección de la población ya mencionados. El investigador fue asesorado en todo momento por los integrantes de este protocolo y se llevó a cabo la orientación adecuada y personalizada a cada uno de los derechohabientes entrevistados durante ña participación y recolección de la muestra del estudio.

8.- MUESTREO.

El tipo de muestreo que se realizó fue de tipo no probabilístico intencional.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA

La selección de nuestra muestra buscó casos intencionados en pacientes adultos mayores seleccionados de forma informal que convino al interés del investigador según las variables previamente establecidas a fin de completar el tamaño de su muestra.

Se analizó los datos encontrados por tipo de variable en forma representativa de gráficas, porcentajes y se comparó dicha información obteniendo un promedio de la muestra empleada, siendo solamente de validez interna para el tipo de población involucrada. Así, la muestra quedó conformada por pacientes adultos mayores hombres y mujeres, con las características comunes como edad entre 60 y 90 años diagnosticados con alguna patología de tipo crónico degenerativa, que se encontraron cursando algunos con depresión de los que obtendremos una población con adherencia al tratamiento.

8.1 CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.

Se realizó un cálculo de la muestra de tipo no aleatorizado intencional donde se conoció una población infinita de 24 206 adultos mayores de 60 años adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No.31 y una prevalencia de 4.2% con depresión en México.

El tamaño de la muestra se calculó en base a la fórmula de proporciones con universo conocido por lo que usaremos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Datos

n=Muestra

Z=1.96² (si la seguridad es del 95%)

p=0.042 (prevalencia de la población de la patología en estudio 4.2%)

q= 1 -0.042= 0.958

d=0.04

SUSTITUCIÓN:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.042)(0.958)}{(0.04)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.0402)}{(0.0016)}$$

$$n = \frac{0.1545}{0.0016}$$

$$n= 96.5$$

n = 97 adultos mayores que conformaron nuestra muestra, se redondeó a 100 pacientes para obtener datos más exactos.

9.- VARIABLES EN ESTUDIO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Religión
- Ocupación
- Tipo de familia de acuerdo a su estructura
- Enfermedades crónico degenerativas

VARIABLES DEPENDIENTE.

- Depresión en adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas
- Adherencia terapéutica

9.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Nombre de la variable: Edad.

Definición conceptual: Es el tiempo que transcurrió desde el nacimiento de un ser humano hasta el día de hoy.

Definición operacional: Se identificó los años cumplidos de cada individuo a la fecha actual.

Tipo de variable: Cuantitativa discreta

Valor de la variable: Discontinua en años

Indicador: Se escribió la edad exacta referida por cada paciente

Nombre de la variable: Sexo

Definición conceptual: Conjunto de características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer

Definición operacional: Se identificó de acuerdo a las características fenotípicas de cada individuo.

Tipo de variable: Cualitativa

Valor de la variable: Nominal dicotómica

Indicador: 1= masculino, 2= femenino

Nombre de la variable: Estado civil

Definición conceptual: Es la situación legal actual que guarda el paciente derivado de sus relaciones de familia del matrimonio y del parentesco con obligaciones y derechos, al momento del estudio

Definición operacional: Se identificó lo referido del paciente en la encuesta socio demográfica según las opciones propuestas al momento de ser incluido en la investigación.

Tipo de variable: Cualitativa

Valor de la variable: Nominal politómica

Indicador: 1= soltero, 2= casado, 3= viudo, 4=divorciado, 5= unión libre

Nombre de la variable: Escolaridad

Definición conceptual: Es el tiempo en el que un alumno asistió a clases en cualquier escuela o centro para la enseñanza.

Definición operacional: Se identificó según lo referido por el paciente en la encuesta sociodemográfica.

Tipo de variable: Cualitativa

Valor de la variable: Ordinal

Indicador: 1= primaria incompleta, 2= primaria completa 3= secundaria, 4= preparatoria, 5= licenciatura, 6= posgrado

Nombre de la variable: Religión

Definición conceptual: Es el tipo de creencia, religiosa o pagana que el paciente profese según su fe

Definición operacional: Se identificó según las opciones propuestas al momento de la entrevista

Tipo de variable: Cualitativa

Valor de la variable: Nominal politómica

Indicador: 1= católica, 2= cristiana, 3= Testigo de Jehová, 4= Ateo, 5= Otra cual: _____

Nombre de la variable: Ocupación

Definición conceptual: Función que desempeña un individuo para ganarse el sustento de la vida diaria, mediante una jornada laboral y remuneración.

Definición operacional: Se identificó según lo referido por el paciente al momento de la entrevista.

Tipo de variable: Cualitativa

Valor de la variable: Nominal politómica

Indicador: 1= Empleado, 2= Obrero, 3= Hogar, 4= Profesionista, 5= Jubilado, 6= pensionado, 7= desempleado

Nombre de la variable: Tipología familiar de acuerdo a la estructura

Definición conceptual: Es la composición de los elementos que integran a una familia

Definición operacional: Se clasificó al paciente en una familia en base a la presencia física en el hogar según la estructura de la familia de acuerdo a Irigoyen al momento de la entrevista.

Tipo de variable: Cualitativa

Valor de la variable: Nominal

Indicador: 1= nuclear, 2= semi nuclear, 3= extensa 4= extensa compuesta.

Nombre de la variable: enfermedades crónico degenerativas.

Definición conceptual: Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta

Definición operacional: se clasificará según la enfermedad referida por el paciente al momento de la encuesta, preguntándole en forma directa.

Tipo de variable: cualitativa

Valor de la variable: nominal politómica

Indicador: 1= diabetes tipo 2, 2= diabetes e hipertensión, 3= hipertensión, 4= enfermedades articulares, 5= otra

VARIABLES PRINCIPALES DEL ESTUDIO

Nombre de la variable: Depresión en el adulto mayor

Definición conceptual: Trastorno mental caracterizado por tristeza, falta de autoestima, sentimientos de culpa con incapacidad para enfrentar la vida diaria y con riesgo de muerte por suicidio.

Definición operacional: Se determinó el grado de depresión en los pacientes crónico generativos encuestados, mediante la aplicación de la encuesta Yesavage para adulto mayor.

Tipo de variable: cualitativa

Valor de la variable: Ordinal

Indicador: 1= Normal o sin depresión, 2= Depresión leve, 3= Depresión Moderada, 4= Depresión severa

Nombre de la variable: Adherencia terapéutica

Definición conceptual: Es el grado de cumplimiento por parte del paciente en las recomendaciones a su salud, tanto en sus citas programadas, ingesta de medicamentos, estilo de vida y realización de estudios indicados.

Definición operacional: Se determinó el grado de adherencia al tratamiento en los pacientes con depresión y enfermedades crónico degenerativas, mediante la aplicación de la encuesta del test de Morisky – Green

Tipo de variable: Cualitativa

Valor de la variable: Nominal dicotómica

Indicador: 0= No adherido al tratamiento, 1= si adherido al tratamiento

10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Una vez que el estudio se aprobó por el comité local de investigación correspondiente se realizó el estudio en la UMF 31 por un periodo de 3 meses en la cual se identificó pacientes adultos mayores para determinar la asociación entre depresión y adherencia terapéutica. se seleccionó la muestra de la población derechohabiente de esta unidad.

Se les invitó a participar en el estudio, previamente firmado el consentimiento informado, se aplicó el cuestionario en la sala de espera de la consulta externa de la UMF 31 durante el turno matutino y vespertino, realizando un aproximado de 10 encuestas diarias durante 3 meses, con duración de 15 minutos aproximadamente cada una.

Todos los datos recabados se guardaron en un programa de Excel para después procesarse en SPSS versión 25. Una vez que concluyó la muestra los datos fueron analizados.

11.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables:

- Para variables cualitativas: Se utilizó como medida: frecuencias y proporciones, para variables con escala nominal (sexo, estado civil, escolaridad, religión, ocupación, tipología de familia de acuerdo a su estructura, depresión en el adulto mayor, adherencia terapéutica).

En resultados con distribución normal: Se utilizó media (como medida de tendencia central y desviación estándar (como medida de dispersión).

Para el análisis de los datos se utilizó los programas estadísticos Excel y SPSS, versión 25.

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, artículo 17, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.

I.-Investigación sin riesgo. Estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: **cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.**²⁸

II. Investigación con riesgo mínimo: **Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos** o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes residuales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 MI. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, **pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto**, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen

terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento.²⁸

Código de bioética: debe contener las normas necesarias para la conducta del médico familiar ante los nuevos dilemas éticos/deontológicos y a su vez, sirvieran para normar la calidad de su actuación profesional.²⁹

Deberes y responsabilidades del médico familiar para con las personas, la familia y la sociedad.²⁹

1. Atender con la misma diligencia y solicitud a todos los individuos, sin discriminación de filiación política, clase social, credo, etnia, edad, género, ocupación, preferencia sexual o discapacidad física y/o mental.
2. Respetar la vida, la dignidad de las personas, el cuidado de la salud del individuo y la familia y el bienestar de la comunidad.²⁹
3. Promover acciones para el cuidado del paciente crónico a través de redes de apoyo y de otras estrategias disponibles.²⁹
4. Ser ejemplo de honestidad profesional, al mostrar una conducta que dignifique y prestigie a la especialidad.²⁹

El médico familiar deberá solicitar el consentimiento, libre de coacción, para la realización de procedimientos de atención a la salud, previa información, comprensible, exhaustiva y convalidada sobre el particular.²⁹

Informe Belmont. Cuya intención es asegurar que la investigación con sujetos humanos se llevará a cabo en forma ética.³⁰

El Código consta de reglas, algunas generales y otras específicas, que guían en su trabajo a los investigadores o a los revisores, ayudando a los científicos, a los sujetos, a los revisores y a los ciudadanos interesados a entender los temas éticos inherentes a la investigación con sujetos humanos. El objetivo es brindar un marco de análisis que guíe la resolución de los problemas éticos, que surgen de la investigación con seres humanos. ³⁰

Esta formulación consta de una distinción entre la investigación y la práctica, una discusión de los tres principios éticos básicos y notas sobre la aplicación de estos.

A. Límites entre práctica e investigación: el término "investigación" designa una actividad concebida para probar una hipótesis, para permitir que se saquen conclusiones y, a partir de ellas, desarrollar o contribuir al conocimiento generalizable (expresado, por ejemplo, en teorías, principios y formulación de relaciones).³⁰

La investigación se describe usualmente en forma de un protocolo que fija un objetivo y delinea una serie de procedimientos para alcanzarlo. La investigación y la práctica pueden llevarse a cabo juntas cuando la primera está diseñada para evaluar la seguridad y eficacia de la segunda. Esto no debe causar confusión acerca de si la actividad requiere o no revisión; la regla general es que si hay algún elemento de investigación en una actividad ésta debe sufrir revisión para protección de los sujetos humanos.³⁰

Tres principios básicos, son particularmente relevantes para la ética de la investigación con humanos son: respeto por las personas, beneficio y justicia.³⁰

Respeto: El principio del respeto por las personas se divide entonces en dos requerimientos Morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida.³⁰

Beneficencia: Los tratamientos caen bajo el principio de "beneficencia"; este término se entiende a menudo como indicativo de actos de bondad o caridad que sobrepasan lo que es estrictamente obligatorio. Se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de acciones de beneficencia en este sentido: 1) No hacer daño; 2) Aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.³⁰

Justicia: Ocurre injusticia cuando se le niega a una persona algún beneficio al que tiene derecho sin que para ello haya una buena razón, o se le impone indebidamente alguna carga. Otra manera de concebir el principio de la justicia es que los iguales deben ser igualmente tratados.³⁰

En las investigaciones en que participen seres humanos es indispensable su consentimiento informado por escrito. Es importante indicar si los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con declaración de Helsinki enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de investigación clínica. Dicha Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 59ª asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, en su apartado 3 y 6.-El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. El bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener primacía sobre todos los intereses.³⁰

CÓDIGO DE NÚREMBERG. Tribunal Internacional de Núremberg, 1947.³¹

- 1) El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial, que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en el experimento.³¹
- 2) El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio, y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.³¹
- 3) El experimento debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental.³¹
- 4) El riesgo tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de resolver el experimento.³¹
- 5) Se deben tomar las precauciones adecuadas y disponer de las instalaciones óptimas para proteger al sujeto implicado de las posibilidades incluso remotas de lesión, incapacidad o muerte.³¹

- 6) El experimento debe ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas. En todas las fases del experimento se requiere la máxima precaución y capacidad técnica de los que lo dirigen o toman parte en el mismo.³¹
- 7) Durante el curso del experimento el sujeto humano deber tener la libertad de poder finalizarlo si llega a un estado físico o mental en el que la continuación del experimento le parece imposible.³¹
- 8) En cualquier momento durante el curso del experimento el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo si tiene razones para creer -en el ejercicio de su buena fe, habilidad técnica y juicio cuidadoso- que la continuación del experimento puede provocar lesión incapacidad o muerte al sujeto en experimentación.³¹

La aplicación de los principios generales a la conducción de la investigación conduce a considerar los siguientes requerimientos: Consentimiento informado; valoración riesgo/beneficio y selección de los sujetos de investigación.³¹

El respeto por las personas exige que, a los sujetos, hasta el grado en que sean capaces, se les dé la oportunidad de escoger lo que les ocurrirá o no. Esta oportunidad se provee cuando se satisfacen estándares adecuados de consentimiento informado.³¹ El consentimiento de participar en la investigación es válido sólo si es dado voluntariamente y respaldado por el consentimiento informado.³¹

De acuerdo al artículo 17 de la ley general de salud en materia de investigación para la salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, se considera que esta presente investigación no fue de riesgo ya que de

acuerdo a lo mencionado en dicho artículo indica que la investigación en seres humanos se desarrolló conforme a las siguientes bases:

1.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifiquen la investigación médica, en la contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de los nuevos campos en la ciencia médica.

2.- Se podrá realizar cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

3.- Podrá realizarse cuando exista una seguridad de que no se expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación

4.- Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto a participar en la investigación, una vez informado del objetivo de la investigación y de las posibles resultados negativos o positivos para su salud.

5.- Esta investigación solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas con vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

6.- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si se presentara alguna lesión grave, invalidez o muerte del sujeto en el que se esté realizando la investigación.

7.- Dirigirse en todo momento de la investigación en forma ética, cordial y sin distinción de persona, manteniendo siempre el respeto, la beneficencia y la justicia a fin de preservar la integridad del sujeto en investigación.

8.- cabe mencionar que esta investigación solo es a través del instrumento escala de valoración de depresión geriátrica de Yesavage (anexo no 3) y el test de adherencia terapéutica Morisky Green (anexo no.4), los cuales se resuelven

exclusivamente con un cuestionario por lo cual no pone en riesgo al paciente. Una característica de importante de la declaración de Helsinki es garantizar al paciente que, en la investigación médica, el médico debe proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

De tal forma que se resume que, de acuerdo a la ley general de salud, así como a la declaración de Helsinki la forma de recolección de la información no puso en riesgo la vida del paciente, ni de su integridad y donde el paciente gozó de la plena libertad de elegir a participar o no en dicha investigación, ya que se contó con un consentimiento informado (anexo no. 1) para su mejor apoyo y confianza. Considerando esta investigación categoría 2 y es una investigación con riesgo mínimo.

12.1. Conflictos de interés.

Declaro que en esta investigación el grupo de investigadores no percibió ningún tipo de financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio como investigadores.

13.- RECURSOS:

13.1 Humanos.

- Médico residente
- Asesor clínico
- Asesor metodológico

13.2 Materiales

- 100 Cartas de consentimiento informado
- 100 Hojas de Registro de datos sociodemográficos
- 100 Escala de Valoración Geriátrica de Depresión Yesavage
- 100 Escala de Adherencia terapéutica Morisky – Green
- Computadora: programa Microsoft Word/ paquete estadístico
- Internet Explorer
- Impresora
- 400 Copias
- 400 Hojas
- Lápices
- Plumas

13.3 Económicos.

El presente trabajo que se realizó en la UMF 31 no tuvo financiamiento Institucional ni extra institucional, ya que la unidad cuenta con las instalaciones donde se puede entrevistar al paciente. Los consumibles fueron financiados por el alumno residente.

13.4 Factibilidad.

Se realizó dentro de las instalaciones de la UMF 31, previa información y descripción del estudio, con consentimiento informado por parte del paciente y de manera directa al interrogar a los pacientes que decidieron o quisieron participar en el estudio que cumplieron los criterios de inclusión, el cuestionario y los test de aplicación se realizó de manera directa a los pacientes en un lapso

no mayor a 15 minutos, al término de la muestra necesaria se analizó los resultados, en bases estadísticas y se dio una conclusión de la obtención de los datos arrojados por el proceso de investigación.

14.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Por tratarse de un estudio unicéntrico con una muestra limitada, no permite generalizar los resultados a otras poblaciones.

15.- BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS

En este presente estudio que se realizó obtuvimos la satisfacción de que cumplir los objetivos planteados y la confirmación de nuestra hipótesis planteada, con la finalidad de que la información obtenida nos sirva adecuadamente para identificar casos oportunos de depresión en los pacientes que talvez no estén llevado una adecuada adherencia al tratamiento.

16. RESULTADOS

Se realizó un estudio de tipo trasversal, descriptivo con una muestra de 100 pacientes adultos mayores, a los cuales se les evaluó por medio de la escala de adherencia terapéutica y la de depresión geriátrica. La población de estudio se conformó por el 44% del género masculino y 56% para el femenino.

El estado civil con más frecuencia que se presentó fue la de casado con un 59%.

En relación con la escolaridad, el nivel escolar más frecuente fue la primaria completa, seguido de la primaria incompleta. La religión con un 83% fue católica.

En ocupación con mayor porcentaje fue el hogar con 64%.

El porcentaje de enfermos crónico degenerativos fue del 32% para diabetes-hipertensión e hipertensión arterial.

Tabla 1. Descripción de la población

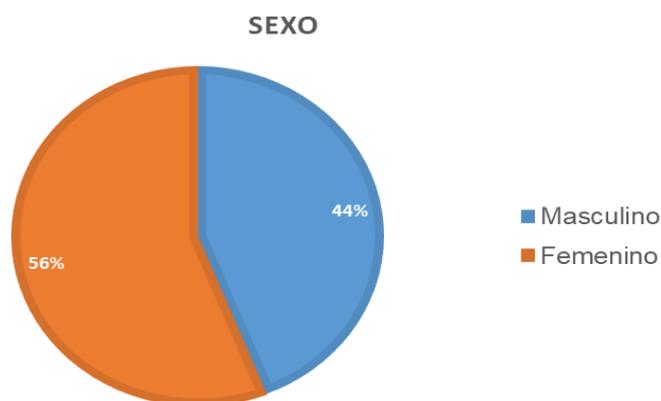
VARIABLE	FRECUENCIA N= 100	PORCENTAJE %
SEXO		
Masculino	44	44
Femenino	56	56
EDO CIVIL		
Casado	59	59
viudo	27	27
ESCOLARIDAD		
Primaria completa	35	35
Primaria incompleta	30	30
RELIGION		
Católica	83	83
Cristiana	13	13
OCUPACION		
Hogar	64	64
Pensionado	23	23

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Se realizó una chi cuadrada para las variables cualitativas encontrando una significancia de 0.22.

Se encontró que de los adultos mayores encuestados adscritos a la UMF 31 Iztapalapa, hubo predominio del sexo femenino con 56%, y en segunda estancia el sexo masculino con una prevalencia del 44%.

GRAFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO (n=100)

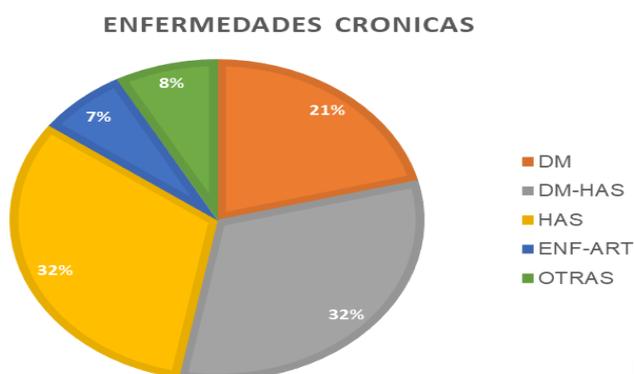


FUENTE: Cuestionario

sociodemográfico, encuestas realizadas en adultos mayores.

Al evaluar las enfermedades crónico degenerativas de los pacientes, encontramos que las más frecuentes fueron hipertensión (HAS) con un 32%, al igual que diabetes e hipertensión (DM-HAS) con un 32% también, seguida de la diabetes con un 21%, otras enfermedades (epoc, cáncer, insuficiencia renal) con 8% y enfermedades articulares en último lugar con un 7%.

Gráfico: 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS:



Fuente: Cuestionario

sociodemográfico, encuestas realizadas en adultos mayores.

Se realizó análisis descriptivo de las principales variables sociodemográficas donde se determinó las principales medidas de tendencia central; en la que se reportó la media de edad la cual fue de 72.90, ± 71.37 , (con una desviación estándar de ± 7.686), la mediana de edad fue 72.50, con un rango mínimo de 60 y un máximo de 88.

TABLA 2. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LA POBLACIÓN

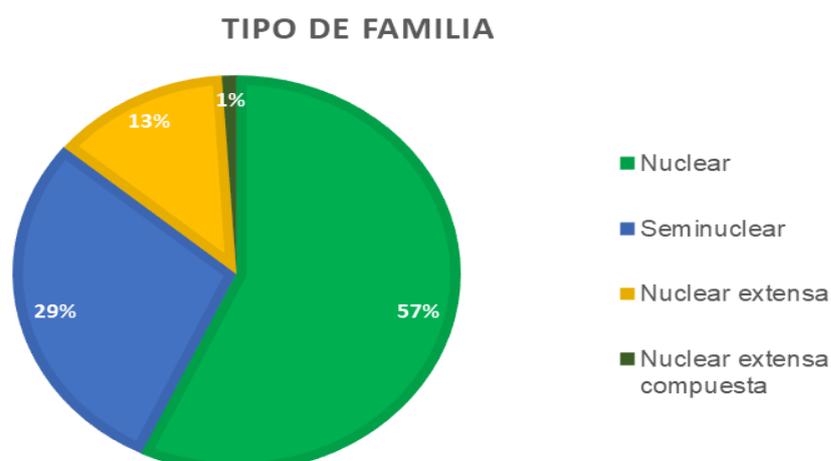
VARIABLE	MEDIA	MEDIANA	DESVIACION ESTANDAR	MINIMO MAXIMO
EDAD	72.90	72.50	7.686	60-88

FUENTE: Cuestionario sociodemográfico, encuestas realizadas a adultos mayores.

Al evaluar la tipología familiar de estudio, se observó que la familia nuclear fue la más frecuente con un 57%, seguida de la semi nuclear con 29%, extensa con 13% y extensa compuesta del 1%, como se puede observar en el siguiente gráfico.

GRÁFICO 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR TIPO DE FAMILIA:

Porcentaje 100% (n=100).



Fuente: Cuestionario sociodemográfico, encuestas realizadas a adultos mayores.

Para evaluar la variable de depresión se aplicó la escala de depresión en el adulto mayor de Yesavage, observando que el 82% de la población no tiene depresión, el 13% cursa con depresión leve y el 5% con depresión moderada, no se encontraron casos de pacientes con depresión severa.

TABLA 3.- Distribución de la población adulta mayor con depresión

ESCALA YESAVAGE	Frecuencia %	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NORMAL SIN DEPRESION	82	82.0	82.0	82.0
DEPRESION LEVE	13	13.0	13.0	95.0
DEPRESION MODERADA	5	5.0	5.0	100.0
DEPRESION SEVERA	0	0	0	0
Total	100	100.0	100.0	100

Fuente: Encuestas realizadas a adultos mayores

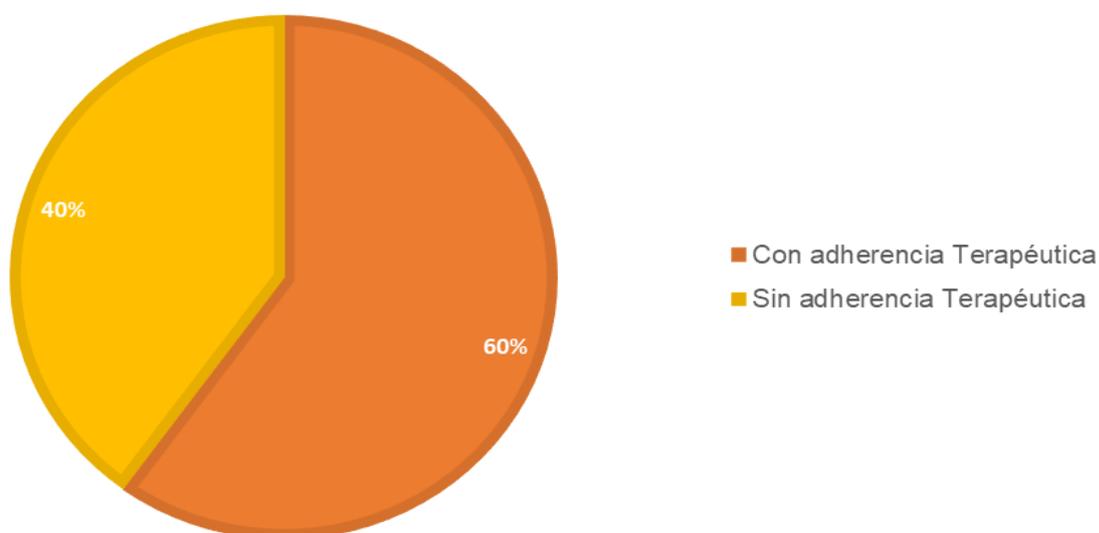
Para evaluar la variable de adherencia terapéutica se aplicó la escala de Morisky - Green y se encontró que el 60% cursa con adherencia terapéutica, y el 40% no se encuentra adherido a la terapéutica.

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR CON ADHERENCIA TERAPÉUTICA

MORISKY		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CON ADHERENCIA TERAPEUTICA		60	60.0	60.0
SIN ADHERENCIA TERAPEUTICA		40	40.0	100.0
Total		100	100.0	

Fuente: Encuestas aplicadas a adultos mayores

GRÁFICO 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN PORCENTAJES CON ADHERENCIA TERAPÉUTICA MORISKY (n=100%).



Fuente: Encuestas realizadas a adultos mayores

Para estudiar la correlación entre depresión y adherencia terapéutica, se aplicó a las escalas de Yesavage y Morisky, la Rho de Spearman encontrando una relación entre ambas variables del 0.022

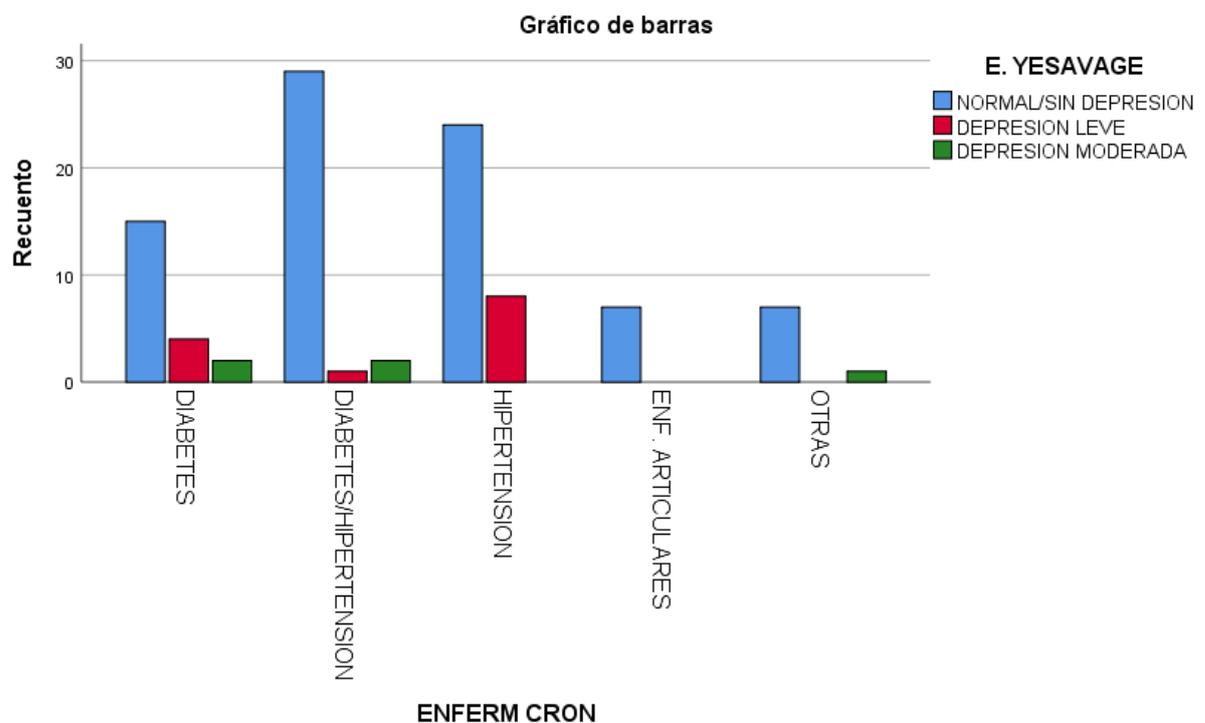
Además, se realizó una prueba cruzada donde podemos ver que 82 pacientes no tienen depresión y 18 si, de los cuales 40 no tiene adherencia terapéutica, encontrando que 13 de ellos tiene depresión y que 60 paciente tiene adherencia terapéutica de los cuales 5 tienen depresión.

TABLA 5: PRUEBAS CRUZADAS MORISKY – YESAVAGE

		YESAVAGE		
		SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESIÓN	Total
MORISKY	NO ADHERIDO	27	13	40
	ADHERIDO	55	5	60
Total		82	18	100

Se encontró que las personas que presentaban mayor índice de depresión leve fueron los pacientes con hipertensión arterial en un 8%, seguido de los pacientes diabéticos con 4% y 2% en depresión moderada. Con mayor adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos con un 22%.

GRÁFICO 5: PRUEBAS CRUZADAS ENTRE VARIABLES.



Fuente: Escala de Yesavage

Al analizar los datos sobre pruebas cruzadas con adherencia, depresión y sexo, se encontró una mayor incidencia en el sexo femenino con una adherencia del 35% y un 25% en el sexo masculino y una prevalencia del 9% en depresión leve en ambos sexos, como se puede apreciar en los siguientes gráficos (6 Y 7)

GRÁFICO 6: PRUEBAS CRUZADAS: ADHERENCIA, DEPRESIÓN Y SEXO.

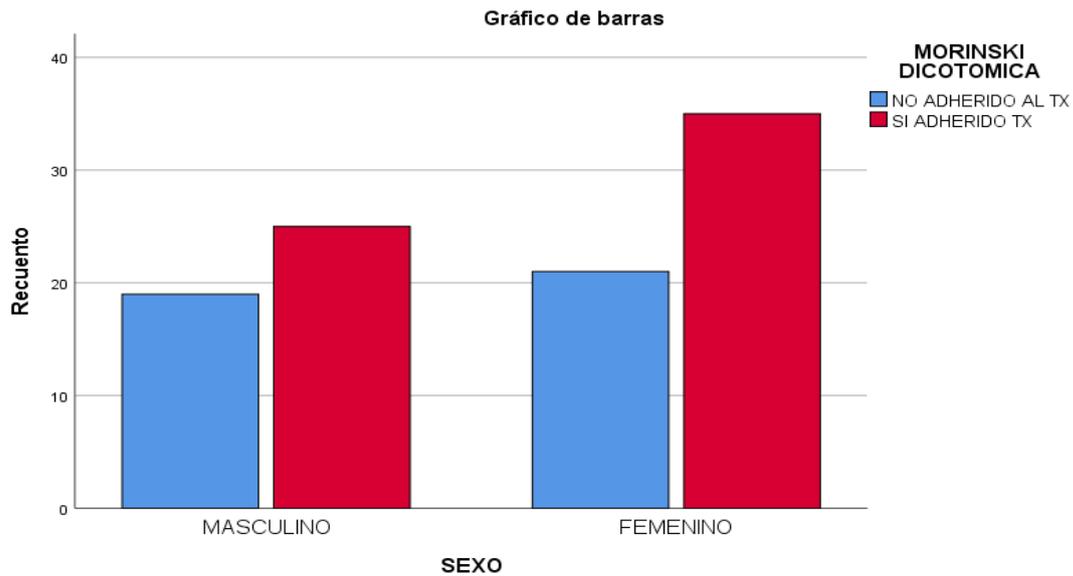
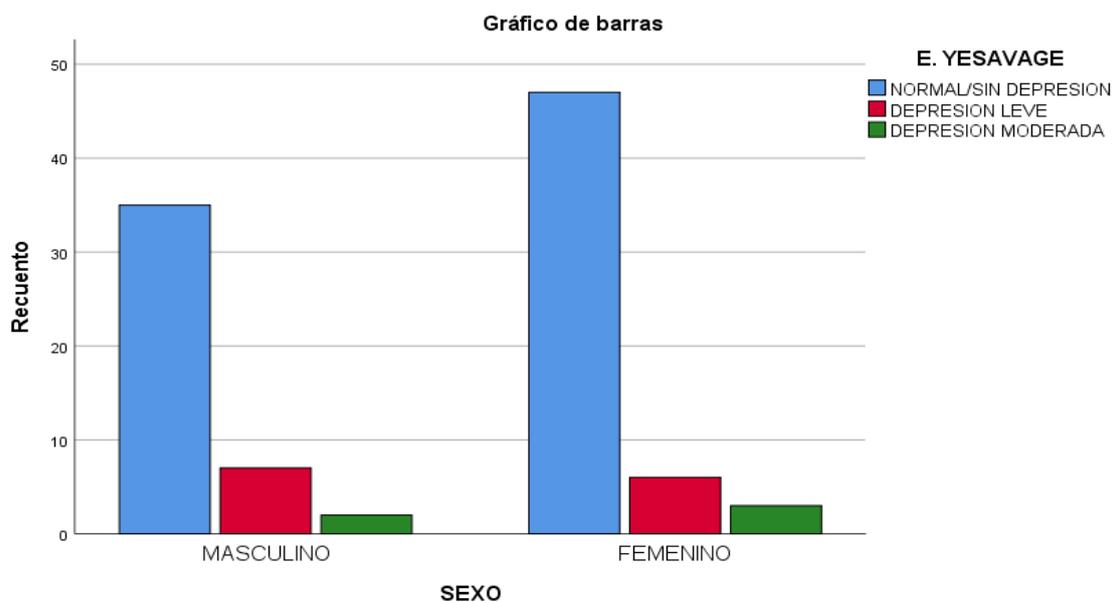


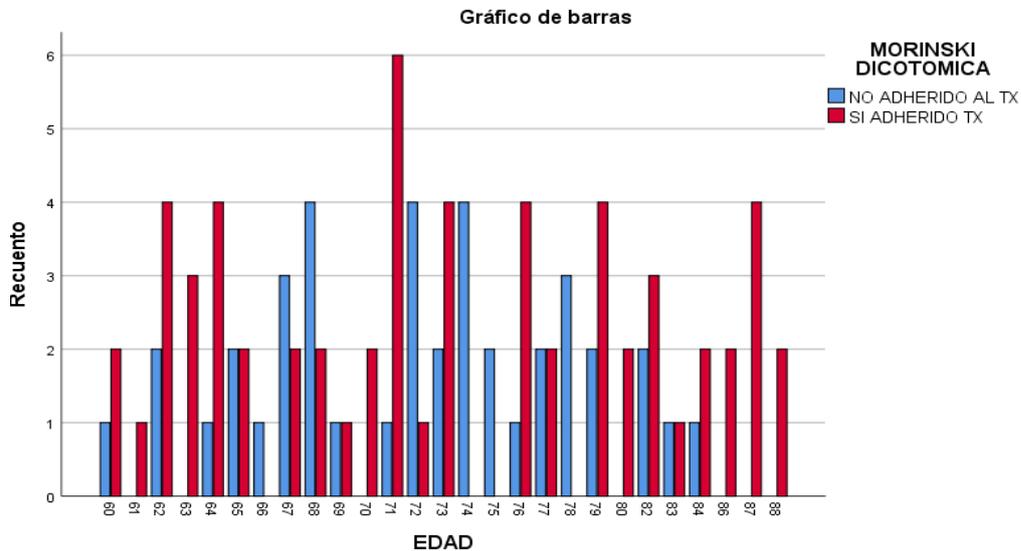
GRÁFICO 7: PRUEBAS CRUZADAS DE ADHERENCIA, DEPRESIÓN CON RESPECTO AL SEXO



Fuente: Encuestas realizadas a pacientes adultos mayores.

Se observó que, de los adultos mayores encuestados, los pacientes con mayor adherencia terapéutica fueron los de 71 años con mayor prevalencia en las mujeres.

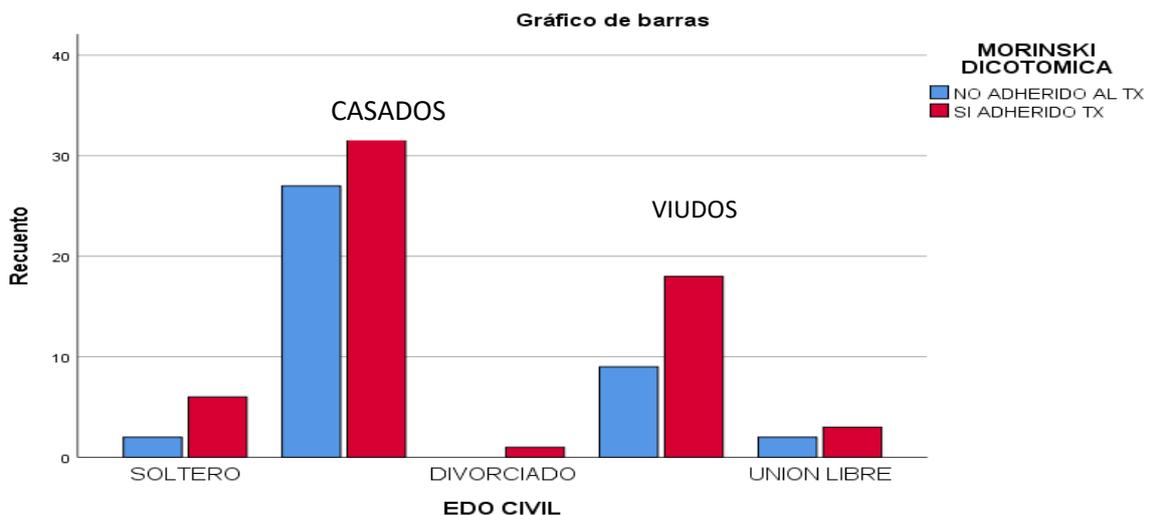
GRÁFICO 8: ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y EDAD



Fuente: encuestas realizadas a pacientes adultos mayores

Se encontró que los pacientes con mayor adherencia terapéutica fueron los casados con un 32%, seguido de los viudos con un 18%, de los cuales los casados se deprimen más con un 9% seguido de los viudos con el 6%.

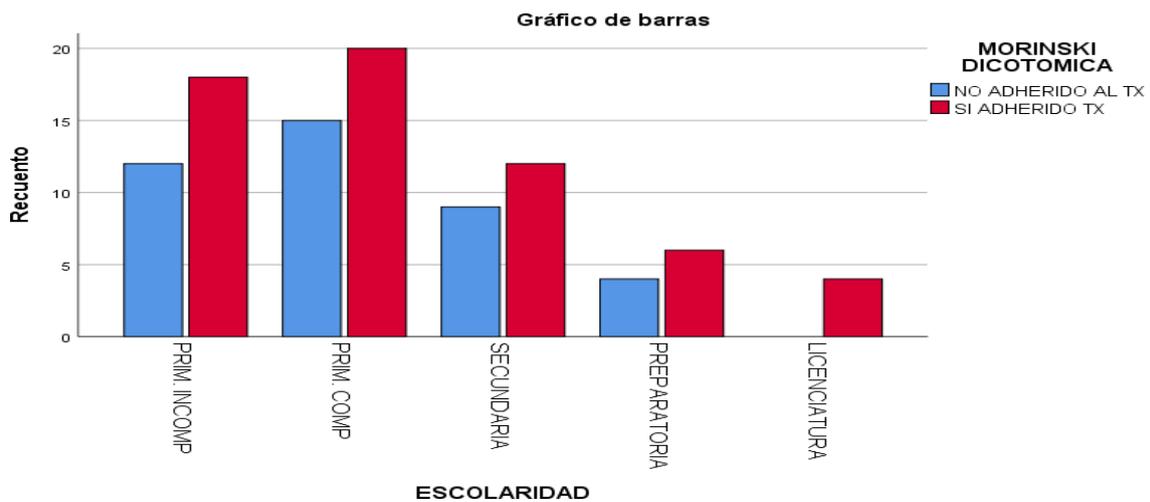
GRÁFICO 9: ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y ESTADO CIVIL



Fuente: Cuestionario sociodemográfico que se aplicó a adultos mayores

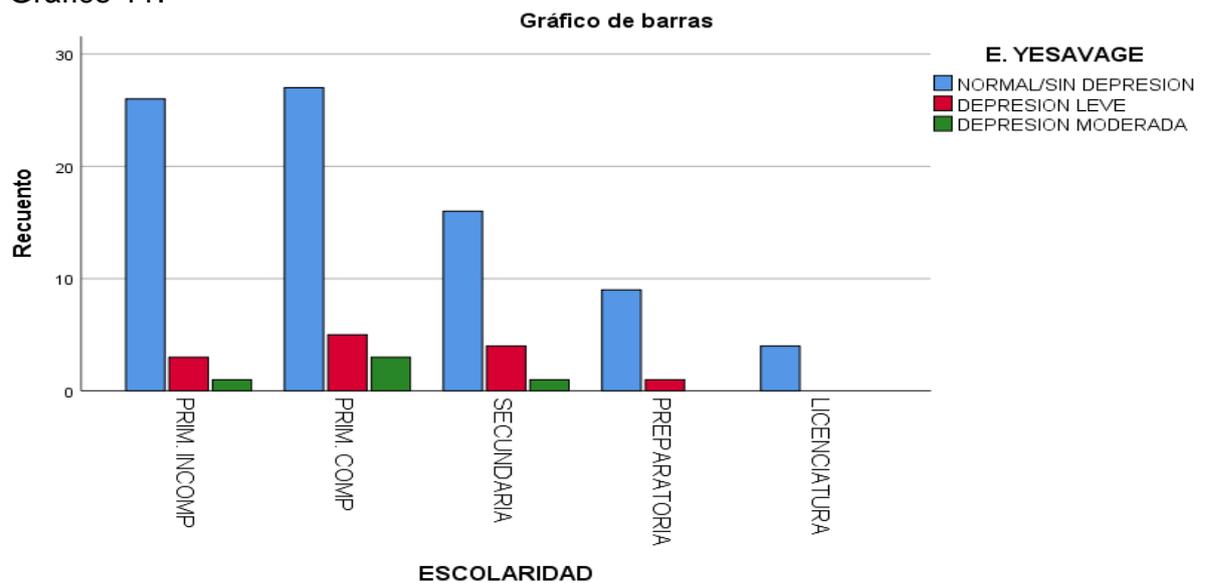
Se encontró que los pacientes con mayor adherencia terapéutica son los de escolaridad primaria completa, seguidos de primaria incompleta, así como se encontró que también la mayor incidencia de depresión es en pacientes que tienen primaria y secundaria, solo se encontraron pacientes con depresión leve y moderada, no se obtuvieron casos de depresión severa (gráfico 10 y 11)

GRÁFICO 10:



Fuente: Encuesta sociodemográfica aplicada a pacientes adultos encuestados.

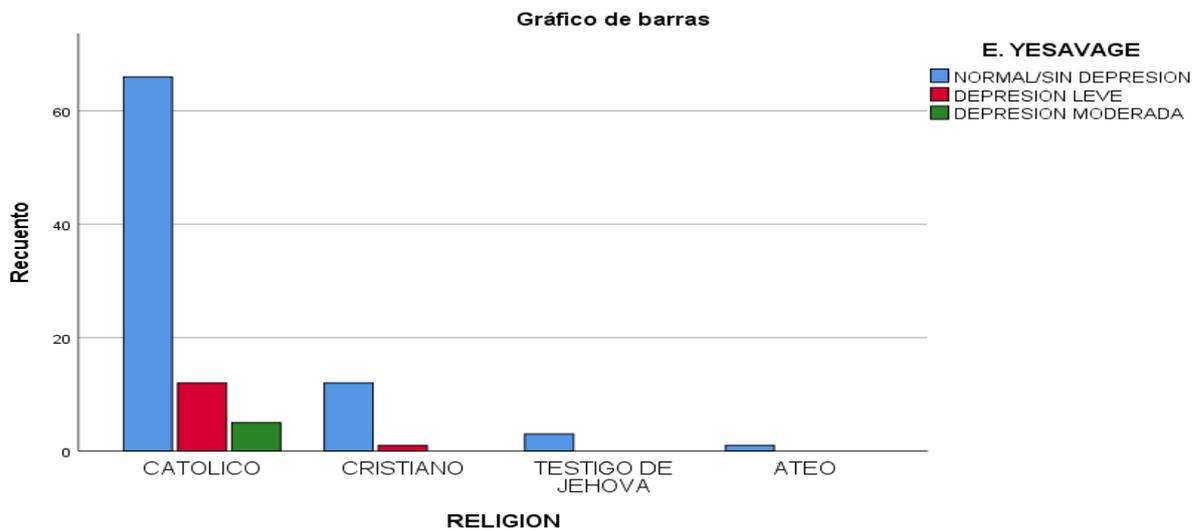
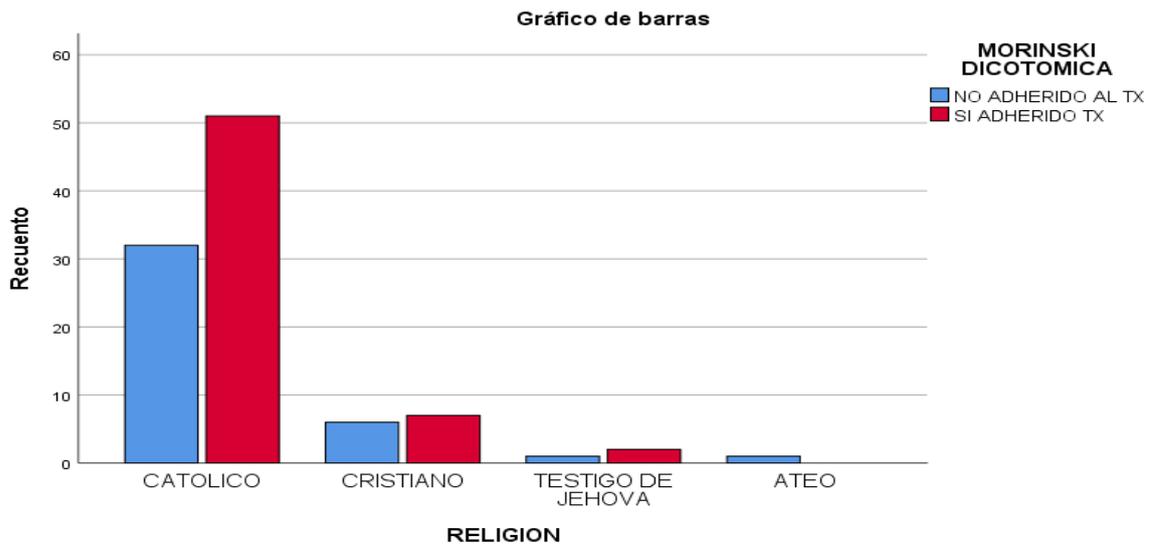
Gráfico 11.



Fuente: Escala de valoración geriátrica Yesavage aplicada a adultos mayores.

Según los datos recabados se encontró que en los pacientes católicos se presenta mayor adherencia terapéutica con un 51%, pero también son los que tienen mayor prevalencia en depresión con un 17%. (gráfico 12 y 13) por lo que podríamos decir que las demás religiones podrían ser un factor protector.

GRÁFICO 12:



Fuente: Encuesta sociodemográfica aplicada a adultos mayores encuestados.

Se encontró que los pacientes con mejor adherencia son los que están en el hogar con 39%, seguido de los pensionados con 14%, de estos el 12% que se dedica al hogar tiene depresión.

GRÁFICO 13:



FUENTE: Encuesta sociodemográfica aplicada a pacientes

Con respecto a los tipos de familia se observó que los pacientes con familias nucleares se deprimen en un 8% seguidos de un 6% de seminuclear, así mismo las nucleares tienen una adherencia terapéutica de hasta un 32%, seguida de la familia semi nuclear con un 21%.

Tabla 6: Pruebas cruzadas de familia, depresión y adherencia

	Yesavage depresión	Morisky adherencia
Familia Nuclear	8%	32%
Familia Semi nuclear	6%	21%

17. DISCUSION

Los resultados que se encontraron en este estudio respecto a la asociación entre depresión y adherencia terapéutica no concuerdan con el realizado por Salazar A, M et al. (2015) de tipo observacional donde aplicó la escala de Yesavage encontrando una prevalencia del 18% siendo más predominante en mujeres, y en este estudio se encontró una prevalencia del 18% de depresión de los cuales el 9% eran mujeres y el otro 9% hombres.

Con respecto a la adherencia terapéutica según Núñez AJ et al. (2014) donde encontró un mayor cumplimiento terapéutico del 51.1% en los pacientes que Vivian solos, en comparación con este estudio que se realizó, el cumplimiento terapéutico fue mayor con un 60%, de los cuales 35% eran mujeres y 25% hombres, siendo los de mayor apego los pacientes casados con un 32% y los viudos con el 18%.

Molina JC et al. (2013) realizó un estudio en pacientes diabéticos e hipertensos encontrando que la depresión es altamente prevalente en pacientes geriátricos diabéticos e hipertensos hasta un 80%, en comparación con nuestro estudio que se realizó se observó que la mayor prevalencia de nuestra población fue diabéticos e hipertensos, encontrando mayor incidencia de depresión en hipertensos con un 8% y diabéticos del 6%, de los cuales su adherencia fue de 22% en hipertensos y un 16% en ambas patologías, por lo que concluimos que si se presentó mayor incidencia en diabéticos e hipertensos, aunque no con la prevalencia referida en el artículo.

Más sin embargo se encontró una correlación entre adherencia y depresión de un .022 siendo el rango de relación muy bajo, teniendo como factor de riesgo las enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión precursora de

enfermedad mental. Al mismo tiempo encontramos similitudes como el estado civil ya que los casados tienen 9% de depresión y un 32% de adherencia, los viudos una depresión del 5% y adherencia del 18%, primaria un 12 % en depresión siendo estos los que más se adhieren al tratamiento con un 38%, los católicos un 12% en depresión (leve 12%, moderada 5%) y adherencia al tratamiento hasta un 51%, los que se dedican al hogar y los pensionados son los que más se deprimen y al mismo tiempo son los más adheridos.

18. CONCLUSIONES

Los resultados encontrados nos dicen que la muestra estuvo conformada por 100 pacientes de los cuales 44% eran masculinos y 56% femeninos, con una media de edad de 72.9 y un rango entre 60 y 88 años, con una población conformada por 32% de diabéticos e hipertensos,

Se encontró 18% con depresión (9% eran hombres y 9% mujeres) y 82% sin depresión, de los cuales el 60% estaba con adherencia terapéutica con mayor prevalencia en la mujer del 35% y el 40% no tenía adherencia terapéutica, Tomando en cuenta que la familia es un pilar esencial como red de apoyo, donde se ha visto que ha mayor funcionalidad y redes de apoyo, hay mayor adherencia al tratamiento y menos depresión. Así como a mayor disfuncionalidad familiar y falta de apoyo será causa de falla en la adherencia terapéutica, sin contar que aun con una familia integrada y con aislamiento social puede presentarse la depresión. Un paciente mal adherido será causa de más enfermedades y de mayor demanda de los servicios de salud.

La correlación clínica se realizó con Rho de Spearman con rango de relación de 0.022 muy baja.

Por lo que podemos concluir que en este estudio no existe una correlación entre depresión y adherencia terapéutica. Sin embargo, la senilidad y las enfermedades como la hipertensión y la diabetes, favorece para que se pueda presentar depresión.

19. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

En nuestra actualidad existen muchas recomendaciones para mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes adultos mayores, que cursan con enfermedades crónico degenerativas, tengan o no depresión para un mejor control de sus enfermedades.

Por lo que es necesario siempre estar pendiente de los adultos mayores cuando muestren señales de inicios de depresión, así como un interrogatorio rápido en consulta para identificar factores que pueda estar interfiriendo con la adherencia terapéutica y así poder idear estrategias.

Por lo que para poder alcanzar una buena adherencia terapéutica y evitar la depresión se recomienda:

- Facilitar la información verbal y escrita por el personal médico y familiar del paciente.
- Incluir a los programas en los programas integrales de salud, y grupos de la tercera edad, participando en talleres, capacitaciones, consejería y educación al

adulto mayor y a su cuidador primario lo hay a fin de mejorar y contribuir a su adherencia terapéutica y evitar la depresión.

- Que el personal el médico se involucre más para mejorar la relación médico paciente y poder identificar situaciones familiares que estén interfiriendo en la adecuada adherencia terapéutica, así como factores de riesgo para depresión y vigilar que las indicaciones médicas se lleven a cabo.

- Capacitar a los familiares de los pacientes, para que identifiquen que la depresión puede ser causa del mal apego al tratamiento y no catalogarlos que sufren depresión por la edad.

20. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Cordero S, García G, Flores M, Báez FJ, Torres A, Ángel M et al. Síntomas depresivos versus depresión en adultos mayores de una comunidad rural. Eur J Investig Healt Psycholo Educa. 2014; 4(3): 321-327.
- 2.- Ruiz de Chávez-Ramírez D, Zegbe JA, Sánchez-Morales FM, Castañeda-Iñiguez S. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. Revista de Educación y Desarrollo. 2014; 29:73-78.
- 3.- Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017. www.minsa.gob.pe/portada/especiales2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN_AM_2013-2017.pdf
- 4.- Salazar AM, Reyes MF, Plata SJ, Galvis P, Montalvo C, Sánchez E et al. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. Acta Neurol Colomb. 2015;31 (2):176-183.
- 5.- The latest set of Global Health Estimates made available by WHO is for 2015 http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates
- 6.- Portellano-Otíz C, Garre-olmo J, Calvo-Perxas L, Conde-Sala JL. Depresión y variables asociadas en personas mayores de 50 años en España. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2016; 347:1-11.
- 7.- Gaviria-García JR, Martínez-Domínguez GI, Martínez-Sánchez LM, Ospina-Sánchez JP, Urrego-Vázquez A. Adherencia a los antidepresivos: reto terapéutico para mejor desenlace clínico en pacientes con depresión. Arch Med. 2017; 17 (1): 150-1599.
- 8.- Clyne W, Mshelia C, McLachlan S, Jones P, de Geest S, Ruppar T, et al. A multinational cross-sectional survey of management of patient medication adherence by European healthcare professionals. BMJ. 2016;6(2): 1-9

- 9.- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t). 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2013/06
- 10.- Vallejo-Rubiola J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Bs As Salvat ED. 2015; 8 (19)
- 11.- Bolaños-Sánchez M, Helo-Guzmán F. Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional. Rev CI EMed UCR-HSJD. 2015; 5 (4):78-87.
- 12.- Leal M, Salazar R. Prevalencia de depresión en la población privada de libertad en el centro de atención institucional del adulto mayor. Rev costarric. 2004; 25 (13):12-17
- 13.- Brink TL, Yesavaje JA, Lum O, Heersema P, Adey MB, Rose TL. Screening test for geriatric depression. Clinical Gerontologist. 1982; 1:37-49.
14. Geriatric Depression Scale. <https://web.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>
- 15.- Núñez AJ, Montiel A, Martín E, Torres B, Lara C, González JA. Adherencia al tratamiento en pacientes poli medicados mayores de 65 años con prescripción de principio activo. Aten Primaria. 2014;46(5):238-245.
- 16.- Peralta ML, Carbajal P. Adherencia a tratamiento. Rev Cent Dermatología Pascua. 2008;17(3):84-88.
- 17.- Serrano MJ, Vives M, Mateu C, Vicens C, Molina R, Puebla-Quedea M et al. Adherencia terapéutica en pacientes con depresivos de atención primaria: un estudio longitudinal. Actas Esp Psiquiatr. 2014; 42(3):91-98.

- 18.- Espinosa AD. La Adherencia Terapéutica en las enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Finlay*. 2016;6,(3):236-238
19. Del Duca M, Gallegos Y, Da Col G, Trenchi MN. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. *BIOMEDICINA*. 2013;8(1): 6-15
- 20.- Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus JM. Revisión de Test de medicación del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008; 40 (8): 413 – 417.
- Gil-Velázquez LE, Sil-Acosta MJ, Domínguez-Sánchez ER, Torres-Arreola LP, Medina-Chávez JH. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(1):104-19
- 21.- Rivera J, Benito-León J, Pazzi-Olazarán KA. La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. *América Latina Hoy*. 2015;71:103-118.
- 22.- Molina JC, Mogrovejo JF, Morocho I, Orellana AC, Delgado N. Prevalencia de Depresión, Diabetes e hipertensión Arterial en pacientes geriátricos. *Rev Med HJCA* 2013;5(2): 145-49.
- 23.- Rubio-Varela M, Peñarrubia-María MT, Fernández-Vergel R, Carbajal AC, Fernández A, Aznar-Lou et al. Impacto de una intervención farmacéutica en la prevención de recaídas en depresión en atención primaria. *Aten primaria*. 2016; 48(5): 308-315.
- 24.- Sánchez-Cruz JF, Hipólito-Lórenzo A, Mugártegui-Sánchez, Yañez R. Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Aten Fam*. 2016;23(2): 43-47.

- 25.- Moral de la Rubia J, Cerda MT. Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. Revista Iberoamericana de Psicología y salud. 2015; (6);19-27
- 26.- Ozaki Y, Sposito AP, Bueno DR, Guarriente ME. Depression and chronic diseases in the elderly. Rev Soc Bras Clin Med. 2015;13(2):149-153
- 27.- Aguilar-Barrojas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones en salud. Salud en tabasco. 2005;11(1-2):333-338.
- 28.- Ley general de salud, disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- 29.- Código de Bioética en Medicina Familiar. Archivos de Medicina familiar.2005;7(1):21-23
- 30.-** Informe Belmont Principios y Guías Éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación disponible en <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- 31.-** Código de Núremberg disponible en www.bioeticanet.info/documentos/Nurembarg.pdf
- 32.- Depresión y ansiedad: principales problemas de salud mental sedesa <https://www.salud.cdmx.gob.mx/.../depresión-y-ansiedad-principales-problemas-de-salud-mental-sedesa>
- 33.- crisis de tristeza en México para 2020 la depresión será la principal causa de discapacidad. <https://ecomosfera.com/depresión-discapacidad-aumenta-mexico-trastorno-mental/>

34.- Sotelo-Alonso I, Irigoyen-Coria A, Morales López H. La depresión en ancianos: elementos para su análisis desde la Atención Primaria. Arch Med Fam 2012 Vol.14 (4) 113-114

35.- Diez-Canseco F. et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014; 31(1):131-6.

21. ANEXOS

21.1. Hoja de consentimiento informado



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Asociación entre depresión y adherencia terapéutica en pacientes adultos mayores "	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica	
Lugar y fecha:	Ciudad de México noviembre 2018	
Número de registro:	R-2019-3609-046	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer la asociación entre depresión y adherencia terapéutica en el adulto mayor, permitirá identificar factores que influyan en el apego al tratamiento farmacológico.	
Procedimientos:	El investigador me informó que si decido participar en esta investigación consistirá en la aplicación de una encuesta de datos sociodemográficos, la escala de depresión Yesavage y la de adherencia terapéutica, los cuales le llevarán 15 minutos aproximadamente de mi tiempo	
Posibles riesgos y molestias:	El investigador me informó que durante el llenado de los cuestionarios de manera libre y voluntaria no corro ningún riesgo o peligro ya que es de forma segura y no se expondrá mi integridad solo participaré o dispondré de tiempo para contestar los cuestionarios	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar oportunamente si tengo depresión, para establecer estrategias que incidan sobre el beneficio de mi salud, mejorando mi calidad de vida al tener mejor apego al tratamiento farmacológico.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se me darán a conocer a través del investigador de acuerdo al puntaje obtenido en las encuestas y se me orientará a fin de mejorar mi adherencia al tratamiento o si requiero algún otro tratamiento por medio de médico familiar	
Participación o retiro:	Esta participación es totalmente voluntaria y libre sin forzarme a ser parte del estudio y que puedo retirarme en cualquier momento si así lo quiero sin que esto repercuta en mi atención médica	
Privacidad y confidencialidad:	El investigador me informó ampliamente que la información otorgada (datos personales y resultados) son confidenciales, con fin de investigación y que puedo preguntar todas las dudas que tenga en cualquier momento del estudio,	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	El tratamiento correspondiente será por mi médico familiar con el apoyo de diferentes servicios para mi manejo integral, en caso de existir un puntaje desfavorable	
Beneficios al término del estudio:	Mejorar la calidad de vida del paciente	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	MF Teresa Alvarado Gutiérrez, Matrícula 99383047 Adscripción: Delegación Sur CD MX. IMSS Tel: 56860236 Extensión 21481 teresa.alvarado@imss.gob.mx	
Colaboradores:	Guadalupe Catalina Hernández Villa Matrícula 98371575 Adscripción: Delegación Sur CD MC. IMSS Tel: 5530707718. catahvmx@yahoo.com.mx Dr. Miguel Ángel Núñez Benítez Médico Familiar con Maestría en Ciencias Médicas matrícula 99385424 UMF 31 tel. 55 86 02 36	
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 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, CD MX. CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto</p>	<p style="text-align: right;">Hernández Villa Guadalupe Catalina</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Testigo 2</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>

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

21.2. Hoja de recolección de datos



**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31**

**“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN PACIENTES ADULTOS
MAYORES”**

HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con los siguientes criterios de inclusión para este estudio:

- Pacientes adscritos a la UMF 31 y que acudan a la consulta externa
- Pacientes que sean mayores de 60 años
- De ambos sexos
- De cualquier turno
- Pacientes que cursen con enfermedades crónico degenerativas (diabetes e hipertensión)
- Pacientes que quieran participar libremente y voluntariamente con las características señaladas en el estudio y que sepan leer y escribir
- Que acepte firmar la carta de consentimiento informado

2. Por favor lea atentamente el siguiente cuestionario y llene los datos que a continuación se le piden, marque con una x, la opción que considere correcta

1	FOLIO _____	_ _ _ _
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____	_ _ _ _
3	Nombre: anónima _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Apellido Paterno Apellido Materno </div>	
4	NSS: _____	5
		Teléfono _____
6	Turno: 1. Matutino () 2. Vespertino ()	
7	Número de Consultorio: (____)	
8	Edad: _____ años cumplidos	9
		Sexo: 1.- Masculino () 2.- Femenino ()
10	Estado civil 1. Soltero () 2. Casado () 3. Divorciado () 4. Viudo(a) () 5. Unión libre ()	
11	ESCOLARIDAD 1.- Primaria incompleta () 2.- Primaria completa () 3.- Secundaria () 4.- Preparatoria () 5.- Licenciatura () 6.- Posgrado ()	
12	RELIGIÓN 1. Católica () 2. Cristiana () 3. Testigo de Jehová () 4. Atea () 5. Otra: cual _____	13
		OCUPACIÓN 1. Empleado () 2. Obrero () 3. Hogar () 4. Profesionista () 5.- jubilado () 6. pensionado 7. Desempleado
		14
		TIPO DE FAMILIA 1. Nuclear () 2. Semi nuclear () 3. Extensa () 4. Extensa compuesta ()
15	ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA TEST YESAVAGE 1.- Normal o sin depresión () 2. Depresión leve () 3. Depresión moderada () 4. Depresión mayor ()	
16	ADHERENCIA TERAPEÚTICA: TEST MORISKY- GREEN 0.- NO adherencia terapéutica () 1- SI adherencia terapéutica	
17	Padece alguna enfermedad. 1. Diabetes (), 2.- diabetes/has. 3 hipertensión (), 4.- enf. Articulares (). 5 Otras () Gracias por su colaboración	

21.3 Instrumento: escala de Yesavage

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA (GDS): YESAVAGE

Encuestadora: Guadalupe Catalina Hernández Villa

N° de Folio: _____

Fecha: _____

Unidad/Centro: _____

Por favor lea atentamente el siguiente cuestionario y responda lo que a continuación se le pide, marcando con una x la opción que considere correspondiente.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA (GDS): YESAVAJE			
PREGUNTA	RESPUESTA	RESPUESTA	
.1- En general ¿Está satisfecho con la vida	SI	NO	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Ha abandonado mucho de sus tareas habituales y funcionales?	SI	NO	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO	<input type="checkbox"/>
5.- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Con frecuencia se siente desamparado/o, desprotegido?	SI	NO	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO	<input type="checkbox"/>
10.- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente	SI	NO	<input type="checkbox"/>
11.-En estos momentos piensa, ¿qué es estupendo estar vivo?	SI	NO	<input type="checkbox"/>
12.- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO	<input type="checkbox"/>
13.- ¿Se siente lleno de alegría?	SI	NO	<input type="checkbox"/>
14.- ¿Se siente sin esperanzas en este momento?	SI	NO	<input type="checkbox"/>
15.- ¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor situación que usted?	SI	NO	<input type="checkbox"/>

21.4 Instrumento: escala de Morisky

ESCALA DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA MORISKY – GREEN

Encuestadora: Guadalupe Catalina Hernández Villa

N° folio: _____

Fecha: _____

Por favor lea cuidadosamente el siguiente cuestionario y marque con una x, la respuesta que crea correcta

TEST DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA: MORISKY – GREEN			
PREGUNTA	RESPUESTA	RESPUESTA	
1.- ¿se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	SI	NO	__
2.- ¿toma los fármacos a la hora indicada?	SI	NO	__
3.- ¿cuándo se encuentra bien, deja alguna vez de tomarlos?	SI	NO	__
4.- si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación	SI	NO	__

-