



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL JALISCO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3



TÍTULO:

**PREVALENCIA DE PACIENTES JUBILADOS CON DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD
CON RELACIÓN A TENER A SU CARGO A MENORES DE EDAD,
IDENTIFICADOS EN LA CONSULTA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 3**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. JUAN ALVAREZ GARCIA.**

**MÉDICO RESIDENTE DEL 3 ER AÑO EN EL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DE BASE DE IMSS MÉDICO
INVESTIGADOR RESPONSABLE**

**COORD. CLÍNICA
DE EDUC. E INV. ST,
EN SALUD LMF**



No: De Registro; R R-2019-1305-150

ASESORES

**DRA. GUADALUPE ISABEL LIVIER GUTIÉRREZ AYALA
DRA. EDNA GABRIELA DELGADO QUIÑONES**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**PREVALENCIA DE PACIENTES JUBILADOS CON DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD
CON RELACIÓN A TENER A SU CARGO A MENORES DE EDAD, IDENTIFICADOS
EN LA CONSULTA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIA**

PRESENTA:

DR. JUAN ALVAREZ GARCIA

MÉDICO RESIDENTE DEL 3 ER AÑO EN EL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DE BASE DE IMSS
MEDICO IVESTIGADOR RESPONSABLE

AUTORIZACIONES:



DRA. GABRIÉLA GUTIÉRREZ GARCÍA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 3, GUADALAJARA, JALISCO

ASESOR DE TESIS



DRA. GUADALUPE ISABEL LIVIER GUTIÉRREZ AVALA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 53, GUADALAJARA, JALISCO

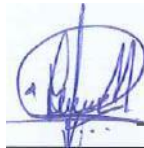
**PREVALENCIA DE PACIENTES JUBILADOS CON DEPRESIÓN Y
ANSIEDAD CON RELACIÓN A TENER A SU CARGO A MENORES DE EDAD,
IDENTIFICADOS EN LA CONSULTA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 3**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIA**

PRESENTA:

DR. JUAN ALVAREZ GARCIA

MÉDICO RESIDENTE DEL 3 ER AÑO EN EL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DE BASE DE IMSS
MEDICO INVESTIGADOR RESPONSABLE



DRA. ROSALBA OROZCO SANDOVAL
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.3



DRA. EDNA GABRIELA DELGADO QUIÑONES
PROFESOR MÉDICO DEL CENTRO DE SIMULACION PARA LA EXCELENCIA
CLÍNICA Y QUIRÚRGICA JALISCO

PREVALENCIA DE PACIENTES JUBILADOS CON DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD CON RELACIÓN A TENER A SU CARGO A MENORES DE EDAD, IDENTIFICADOS EN LA CONSULTA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIA

PRESENTA:

DR. JUAN ALVAREZ GARCIA

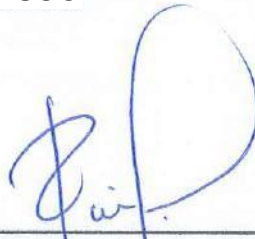
MÉDICO RESIDENTE DEL 3 ER AÑO EN EL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DE BASE DE IMSS

MEDICO IVESTIGADOR RESPONSABLE

AUTORIZACIONES



DR. EMILIO MISAEEL BARRAGAN BARRIGA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD DELEGACION JALISCO



DR. LUIS RAUL PACHECO ALLEJO
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL DELEGACION JALISCO

**REVALENCIA DE PACIENTES JUBILADOS CON DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD
CON RELACIÓN A TENER A SU CARGO A MENORES DE EDAD,
IDENTIFICADOS EN LA CONSULTA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 3**

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

PRESENTA:

DR. JUAN ALVAREZ GARCIA

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INV ESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1305.

Centro de Investigación Biomédica de Occidente (CENTRO DE INVESTIGACION BIOMEDICA 01)

Registro COFEPRIS 17 CI 14 039 030

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA152011 22

FECHA Viernes, 20 de diciembre de 2019

Dr. Juan Alvarez Garcia

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE PACIENTES JUBILADOS CON DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD CON RELACIÓN A TENER A SU CARGO A MENORES DE EDAD, IDENTIFICADOS EN LA CONSULTA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **APROBADO**:

<p>Número de Registro Institucional</p> <p>R-2019-1305-150</p>
--

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. José Sánchez Corona
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1305

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

DR. Juan Alvarez Garcia

Médico Cirujano y Partero, alumno de Especialización en Medicina Familiar para médicos generales del IMSS, Matricula 991412796, Adscrito al servicio de Admisión Medica Continua, Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS, calle Morelos 1, San Marcos, CP 46540, Tonila, Jalisco, Tel: 3123215098.

Teléfono: 3322548564 Correo electrónico: juan_alvarez_garcia@hotmail.com

INVESTIGADORES COLABORADORES:

Dra. Rosalba Orozco Sandoval

Medico Familiar matricula 991429570. PROFESORA TITULAR DE CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA en la Unidad de Medicina Familiar No. 03 av. Belisario Domínguez No. 1000 Col. Independencia CP 44340, Guadalajara, Jal. Teléfono 3336170060 Ext. 31898 Correo electrónico: rosalba.orozco@imss.gob.mx

Dra. Edna Gabriela Delgado Quiñones

Medico Familiar matricula 99144111. PROFESOR MÉDICO DEL CENTRO DE SIMULACION PARA LA EXCELENCIA CLÍNICA Y QUIRÚRGICA JALISCO. Sierra Mojada 968B_1, Independencia Oriente, CP 44340, Guadalajara, Jalisco. Teléfono: 33 3668 3060, Ext. 32361, Correo electrónico: Edna.delgadamss.gob.mx

Dra. Guadalupe Isabel Livier Gutiérrez Ayala

Medico Familiar matrícula: 99062994. PROFESORA TITULAR DE CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA en la Unidad de Medicina Familiar No 53. Av. Laureles No. 150, Col. Centro, Zapopan, Jalisco. C. P. 45100, Tel. (33) 3656 5511 o 3657 6926, Ext. 31784. Correo electrónico: guadalupe.gutierrez@imss.gob.mx

INSTITUCIONALES: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION ESTATAL JALISCO, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.03, GUADALAJARA, JALISCO

AGRADECIMIENTOS:

En primera instancia agradezco haber tenido la oportunidad de realizar la especialidad por parte de las Instituciones IMSS y UNAM.

Consiguiente el agradecimiento es a mi asesor de tesis la Dra. Livier, ya que empezamos este compromiso junto con mis compañeros y salimos adelante a pesar de las circunstancias que conlleva la adaptabilidad de la vida diaria; y a pesar de eso nos encamino bien.

Agradezco a nuestra maestra Dra. Gabriela por seguir con nosotros y apoyarnos en esta mediana y última etapa de la especialidad y a pesar de todo no claudico ni lo pensó en brindar su apoyo y compartir sus conocimientos, de igual manera a la Dra. Edna.

Índice	
RESUMEN	10
MARCO TEÓRICO	13
JUSTIFICACIÓN	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
OBJETIVOS	22
MATERIAL Y METODOS	23
Diseño del estudio	23
Universo del estudio	23
Sede del estudio	23
TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	23
Procedimiento	23
Criterios de selección	23
Criterios de inclusión	23
Criterios de exclusión	24
Criterios de eliminación	25
VARIABLES	25
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	26
ANALISIS ESTADÍSTICO	28
ASPECTOS ÉTICOS	29
RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS, ESCALAS Y FACTIBILIDAD	30
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	42

RESUMEN

TÍTULO

PREVALENCIA DE PACIENTES JUBILADOS CON DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD CON RELACIÓN A TENER A SU CARGO A MENORES DE EDAD, IDENTIFICADOS EN LA CONSULTA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3

ANTECEDENTES

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La ansiedad es una emoción natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de un resultado negativo o incierto.

La dinámica familiar ha cambiado en los últimos años pasando de ser tradicionalista a modernista donde las labores del hogar y los roles se han modificado y el hoy por hoy tanto la mujer como el hombre son profesionistas y laboran aportando para la manutención del hogar, esta lleva a cambios en el cuidado de los menores donde se busca opciones de cuidados temporales mientras se realizan actividades laborales opciones dentro de las que se encuentran guarderías (instancias infantiles), familiares cercanos como los padres ya sea del esposo o la esposa; a lo que personas adulto mayor pensionados y jubilados tengan a su cargo a menores de edad provocando ansiedad y depresión con todo los síntomas que estas patologías conllevan disminuyendo calidad de vida de los adultos los cuales son identificados en la consulta externa de medicina familiar sin embargo se desconoce el índice de casos.

OBJETIVO

Se describió la prevalencia de pacientes jubilados con depresión y/o ansiedad con relación a tener a su cargo a menores de edad, identificados en la consulta de primer nivel de atención en el instituto mexicano del seguro social en la unidad de medicina familiar No. 3.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, descriptivo. Se identificó a personas adultos pensionados que acudieron a consulta externa con datos de depresión y/o ansiedad mediante escala de Goldberg de ansiedad y depresión, se identificó cuántos de estos tienen a su cargo o cuidan a menores de edad de tiempo completo o de manera parcial. Las variables cuantitativas se describieron mediante media, mediana y moda, las variables cualitativas se describieron mediante razones y proporciones y para comparar se realizó prueba de Chi cuadrado. El análisis se realizó mediante un equipo de cómputo con interpretación del análisis estadístico SPSS para Windows versión 25 2018. Se utilizará estadística descriptiva e inferencial, X² para diferencias en grupos con error del 5% y una confianza el 95%.

RESULTADOS

En el presente trabajo se encontró un importante hallazgo sobre tener patologías como Diabetes y su relación con presentar problemas de depresión y/o ansiedad, esto puede deberse a la propia naturaleza de la enfermedad que el tratamiento principal se basa en el cambio de hábitos de alimentación y ejercicio, sin embargo si la DM no se trata de asocia con una gran cantidad de comorbilidades asociadas, (problemas renales, retinopatía diabética, ceguera, pie diabético, entre otras), las cuales disminuyen significativamente la calidad de vida de los pacientes (10).

CONCLUSIONES

Se encontró una alta prevalencia de depresión y/o ansiedad en la población de adultos mayores estudiada; Se encontró una mayor prevalencia de depresión que de ansiedad en la población estudiada; Las principales comorbilidades registradas fueron la presencia de Diabetes e Hipertensión; No se encontró una relación entre el número de niños que cuiden los adultos mayores y tener depresión y/o ansiedad; Los años de jubilación no se relacionaron con la presencia de ansiedad y/o depresión en los adultos mayores; Se encontró que los sujetos con diabetes tienen mayor prevalencia de depresión y ansiedad; Finalmente se reportó que no tener comorbilidades se asoció con no desarrollar problemas de ansiedad y/o depresión.

Palabras claves: Ansiedad, coronavirus, depresión, trastorno mental, aislamiento social.

MARCO TEÓRICO

La definición de depresión según las guías prácticas clínicas es un conjunto de síntomas que se manifiesta por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto se caracteriza por a la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad (1).

Según el DSM-IV los criterios de diagnóstico de depresión mayor son:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es 1) estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o placer. 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros. 2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. 3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días. 6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo). 8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros). 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico (2).

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo). E. Los síntomas no son mejor aplicados por duelo, es decir que, tras pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor (2).

La dinámica poblacional ha cambiado en los últimos años, mostrando una clara desaceleración del crecimiento, una mayor proporción de mujeres y de jóvenes adultos en edad productiva entre 25 y 64 años; sin embargo, en las últimas dos décadas, el grupo poblacional que más ha crecido ha sido el de los adultos mayores de 65 años o más, que se duplicó, se tiene una población en proceso de envejecimiento. A pesar del importante crecimiento de la esperanza de vida al nacimiento (EVN) debido, en gran parte, a la reducción en la mortalidad infantil y al control de enfermedades transmisibles, México aún se encuentra entre los últimos lugares entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en este indicador y su crecimiento ha sido más lento que en el resto. La EVN en México en 2013 fue de 74.5 años, en tanto que en países como Costa Rica, Canadá y Japón, este indicador se ubica por encima de los 80 años (3).

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, las enfermedades cardíacas y las cerebrovasculares, la cirrosis y el cáncer dominan el panorama de la mortalidad, particularmente entre los adultos mayores de 40 años. En contraste, las lesiones externas son las principales causas de muerte en los jóvenes de entre 15 y 19 años, destacando los homicidios, los accidentes de tráfico y los suicidios. Un problema adicional del que se conoce poco en México, pero que presenta un foco rojo de atención, tiene que ver con las enfermedades mentales, en particular la depresión, ya que, a nivel mundial, los trastornos mentales se sitúan entre las diez principales causas de discapacidad y de éstas, la depresión es la primera.

A pesar de su importancia, los últimos datos disponibles en México corresponden al año 2003, captados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003; sin embargo, con aproximaciones realizadas a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, se puede inferir que casi el 17% de la población mexicana padecía síntomas depresivos (3).

A diferencia de las causas anteriores, la depresión no es una causa que ocasione muertes; puede estar influyendo en la cadena causal de diferentes tipos de muertes, pero no se registra ninguna en la que la depresión sea la causa básica. Sin embargo, la depresión es responsable de 3.8% de la carga de la enfermedad que equivale a 9.8% de pérdidas por AVD. De hecho, es la primera causa de AVD en el país y la quinta de AVISA perdidos. El Estado de México es la entidad que presenta los menores niveles en el país siendo el nivel más alto localizado en los estados de Sinaloa, Nayarit, Durango, Aguascalientes, San Luis Potosí, Cuernavaca, Tlaxcala y Yucatán, Jalisco se encuentra en el 3er nivel con una tasa de AVISA de 10.8 – 10.9 por 1,000 habitantes.

La prevalencia de síntomas depresivos en adultos se refiere al porcentaje de la población de 20 años o más que ha experimentado un ánimo depresivo, es decir, síntomas de depresión (combinación de tristeza, menor capacidad de concentración, desinterés por las actividades y merma de la energía) en los últimos siete días y que supera un umbral establecido con base en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (≥ 9 puntos en adultos de 20-59 años; y ≥ 5 puntos en adultos de 60 años o más) (3).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales y del comportamiento se encuentran entre las diez principales causas de discapacidad en el mundo. Dichos trastornos representan 7.2% de la carga global de enfermedad. Entre el conglomerado de trastornos incluidos en este conjunto de

enfermedades destaca la depresión, que es la primera causa de discapacidad a nivel mundial.

Pese a la trascendencia de la depresión a nivel global, las estimaciones más recientes con las que se cuenta en México corresponden a 2003. Esos datos muestran que 4% de la población adulta tuvo sintomatología compatible con la ocurrencia de un episodio depresivo mayor en el último año. La frecuencia de este padecimiento fue significativamente más alta entre las mujeres. Con información de la ENSANUT 2012, se estimó la prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos, es decir, el conjunto de síntomas que podrían indicar un estado de depresión.

Con base en esta información, se encontró que el 16.5% de los adultos de 20 años o más presentaron síntomas depresivos, con una diferencia importante entre mujeres con 21.6% y hombres con 10.8%. Además, estos síntomas se incrementan con la edad, pues 35.4% de los adultos de 60 o más años los presentaron, comparado con el 9.6% de los adultos de 20 a 29 años. El primer grupo de edad más joven presenta el menor diferencial entre hombres y mujeres, comparado con los demás grupos de edad en donde las mujeres presentaron estos síntomas 2 o hasta 3 veces más que los hombres (3).

En el INEGI encontramos número de integrantes del hogar de una familia de 12 años en adelante con sentimientos de depresión: con un 32% de los entrevistados se han sentido deprimidos (4). Ya institucionalmente hablando vamos a encontrar un total de números de casos con depresión tratados en el IMSS 20,750 en un periodo que abarca del 2005 al 2013 esto en aumento comenzando en el 2005 = 1,490 y 2013 = 3,046 para el total referido (5).

Como podemos revisarlo en la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA3-2012, ASISTENCIA SOCIAL. PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISNTENCIA SOCIAL A ADULTOS Y ADULTOS MAYORES EN SITUACION DE

RIESGO Y VULNERABILIDAD. en el apartado 5.7.4.3. Para la persona adulta mayor se hará la detección oportuna de factores de riesgo y enfermedades, para prevenir secuelas discapacitantes, mantener y prolongar la funcionalidad y autonomía física, mental, emocional y social del individuo, conservando un estado de salud biopsicosocial, considerando entre otras las siguientes: En el inciso 5.7.4.3.8. Depresión (6); CNDH estipulaba la necesidad de guarderías a en las personas jornaleras y agrícolas (5).

En México, entre las líneas estratégicas trazadas en las reformas sectoriales, en materia de salud mental en el Programa Nacional de Salud 2013-2018, se encuentran los aspectos relacionados con la transición epidemiológica, el financiamiento y el costo de la atención a la salud, siguiendo tres principios básicos: equidad, eficiencia (clínica y organizacional) y calidad en la prestación de servicios de atención médica. En lo referente al financiamiento, el sistema de salud se financia de aportaciones públicas y privadas, los fondos públicos atienden población asalariada de las siguientes instituciones: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Las instituciones para asegurados se sostienen de aportaciones del empleador, gobierno federal, estatal y asalariado. Números de casos de depresión por año desde el 2005 hasta el 2013 viendo un aumento 2005 = 1,490 al 2013 = 20,750 un aumento significativo en el IMSS hablando. En el IMSS 2013 \$8.809.907 (USD) para atención de un total de 20,750 pacientes con tipo de cambio: \$125,981,670.00 MXN por total de pacientes atendidos en el IMSS por año, lo que nos arroja un resultado de \$404.57 (USD) a tipo de cambio referido es \$6,071.40 MXN por paciente por año en el IMSS (7).

Dentro del Glosario del Instituto Mexicano del Seguro Social encontramos la definición de Pensión: Prestación económica periódica que se otorga al trabajador asegurado o a sus beneficiarios con derecho, conforme a las condiciones fijadas en el régimen pensionario que le corresponda o elija. El término se aplica para las

prestaciones otorgadas bajo régimen de ley 73, a las pensiones de los seguros de riesgos de trabajo e invalidez, otorgadas de forma provisional o temporal, así como las rentas vitalicias, seguros de sobrevivencia y retiro programado concedidas bajo la ley vigente (8).

Como puede revisarse en la Guía de Práctica Clínica de sobrecarga del cuidador, nos da el conocimiento del cuidador informal es aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero al paciente discapacitado o dependiente y se caracteriza por tener un vínculo afectivo y no recibir remuneración económica por sus cuidados, es típicamente un miembro de la familia, amigo o vecino. El perfil del cuidador es predominantemente femenino (66% con un promedio de edad de 48 años (además de problemas propios de la edad) e incluso una tercera parte de ellas se encargan del cuidado de dos o más personas y hasta el 30% son cuidadores mayores de 65 años. No se puede establecer una cifra exacta del gasto no compensado de los cuidados informales (8); Como definición del colapso del cuidador a la respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar. Se le considera un síndrome geriátrico dada la alta prevalencia de discapacidad y dependencia en el adulto mayor, así como el impacto que tiene el colapso en el análisis biopsicosocial de la enfermedad (8).

La herramienta de escala de Goldberg la cual nos proporciona datos de ansiedad y depresión; donde se trata de un instrumento de cribaje para la detección de la ansiedad y depresión, es intercalada en el contexto de la entrevista clínica; se interroga al paciente si ha presentado en las dos últimas semanas alguno de los síntomas referenciados en los ítems. No han de puntuarse síntomas de menos de dos semanas de duración o de leve intensidad (8).

Para ayudar a los médicos generales y otros no psiquiatras a reconocer mejor las enfermedades mentales, se obtuvieron escalas cortas que miden la ansiedad y la depresión mediante un análisis de rasgos latentes de una entrevista de investigación psiquiátrica estandarizada. Diseñados para ser utilizados por no

psiquiatras, proporcionan medidas dimensionales de la gravedad de cada trastorno.

El conjunto completo de nueve preguntas debe administrarse solo si hay respuestas positivas a las primeras cuatro. Cuando se evaluaron contra el conjunto completo de 60 preguntas contenidas en el programa de evaluación psiquiátrica, tenían una especificidad del 91% y una sensibilidad del 86%. Las escalas serían utilizadas por no psiquiatras en investigaciones clínicas y posiblemente también por estudiantes de medicina para familiarizarlos con las formas comunes de enfermedad psiquiátrica, que a menudo no se reconocen en entornos médicos generales (9); En el estudio llamado Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos tiene como objetivo obtener información para población cubana acerca de la validez predictiva de la EADG para detectar personas con trastornos psicopatológicos, así como para diferenciar ansiedad y depresión.

JUSTIFICACION

La depresión contribuye a elevar la morbi-mortalidad y la calidad de vida e incrementa costos de salud en su atención en la consulta de medicina de atención médica continua, así como mayor prescripción de medicamentos antidepresivos, ansiolíticos y benzodiazepinas, con presencia en el adulto mayor es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico.

La inversión de la pirámide poblacional lo que se traduce con el aumento de la población de adultos mayores provocada por la disminución de la tasa de natalidad, los cambios de roles familiares en familias modernas lo que conlleva a ser profesionistas tanto marido como esposa lo cual los dos tienen trabajos y responsabilidades en el hogar contrario a familias tradicionalistas, debido a estos cambios de roles en el núcleo familiar encontramos o se manifiesta la situación del cuidado de los hijos menores de edad lo que una de las opciones de estos grupos familiares es el dejarlos a cargo de los padres; lo que desestabiliza la etapa de vida de jubilación o pensionado adulto mayor provocando cambios de hábitos así como carga de trabajo y responsabilidades lo que conlleva a mayor estrés llegando a depresión y/o ansiedad en el adulto mayor provocando disminución de calidad de vida del adulto mayor así como situaciones de riesgo por no poder atender las necesidades del menor o hasta maltrato por la poca tolerancia y padecimiento agudizados de crisis de ansiedad o depresión cónica.

Por lo anterior es necesaria la adecuada identificación de casos de pacientes con datos de depresión y/o ansiedad valorados en la consulta de primeros niveles de atención de medicina familiar y valorar las causas que provoquen esta para evitar las discapacidades y complicaciones asociadas a esta enfermedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se pudo analizar el aumento del adulto mayor en población mexicana, las enfermedades mentales en México con índices altos en adulto mayor de 60 años de predominio femenino, de estas enfermedades la de primer lugar depresión, igual a nivel mundial, además de que las leyes estipulan la atención de personas que padecen estas. Como lo recomienda la CNDH la necesidad de guarderías en personas jornaleras y agrícolas,

Podemos plantear el problema en específico en relación a la consulta del primer nivel de atención de control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, con relación a derechohabientes adulto mayor pensionado o jubilado que presenta depresión y/o ansiedad con relación al cuidado de menores de edad ya sean nietos, sobrinos, o sin relación consanguínea alguna, que les responsabilizan sus hijos, familiares, conocidos para estos realizar diferentes actividades diarias en su mayoría trabajar, provocando en el adulto jubilado depresión con todos los síntomas que esta patología conlleva: combinación de tristeza, menor capacidad de concentración, desinterés por las actividades y merma de la energía trastorno del sueño, ansiedad, irritabilidad, ganas de llorar, no querer salir de casa, pérdida del apetito... fuera de estos síntomas lo económico también se ve afectado. Por consiguiente, en la consulta se diagnostica paciente con depresión se inicia tratamiento por lo regular antidepressivo IRS además de benzodiacepina, y se indican medidas higiénico psíquicas, responden adecuadamente a tratamiento con limitaciones ya que presentan recaídas por no tener una terapia ocupacional adecuada o suficiente, esto por continuar teniendo la responsabilidad del cuidado de menores de edad. Sin embargo, se desconoce la prevalencia de pacientes con mencionadas características y la identificación de estos lo que ayudaría a prevenir las discapacidades y complicaciones asociadas a esta enfermedad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es prevalencia de pacientes jubilados con depresión y/o ansiedad con relación a tener a su cargo a menores de edad, identificados en la consulta de primer nivel de atención en el instituto mexicano del seguro social en la unidad de medicina familiar no. 3?

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Describir la prevalencia de pacientes jubilados con depresión y/o ansiedad con relación a tener a su cargo a menores de edad, identificados en la consulta de primer nivel de atención en el instituto mexicano del seguro social en la unidad de medicina familiar no. 3.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil).

Describir prevalencia de ansiedad

Describir prevalencia de depresión

Identificar pacientes jubilados que tengan a su cargo menores de edad

HIPOTESIS

Este estudio no requiere de hipótesis.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional – transversal - descriptivo.

SEDE DE ESTUDIO

Consulta externa mediante la consulta de control de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

UNIVERSO DEL ESTUDIO

Pacientes adultos jubilados que acuden a consulta de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 3 en el periodo de marzo a julio del 2020, que presenten datos de depresión y/o ansiedad con relación al tener a su cargo o al cuidado de menores de edad.

TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Muestreo no probabilístico por conveniencia donde se incluyó a todos los pacientes con depresión diagnosticada con escalas Goldberg para ansiedad y depresión, identificados en la consulta externa de Medicina Familiar y que además cumplan con los criterios de selección durante el periodo de Julio y agosto del 2019.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y PROCEDIMIENTO

En la sala de consulta externa de medicina familiar hay área de espera mientras donde los pacientes se encuentran sentados regularmente en espera de su turno a consulta con el medico familiar, en donde se identificaran por medio de interrogatorio directo a los pacientes jubilados y/o pensionados con datos de depresión en base a la escala de Goldberg y que se relacione con el cuidado de menores de edad, esto en base a los criterios de inclusión posteriormente las personas identificadas con criterios positivos se tomara incluirá en el protocolo para su cuantificación, se anexara hoja de escala de Goldberg a su expediente en físico.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes jubilados que cuiden menores de edad
- Pacientes jubilados que tengan a su cargo menores de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de depresión que no está jubilado.
- Paciente con diagnóstico de ansiedad que no está jubilado.
- Paciente adulto con depresión y/o ansiedad, jubilado que no tengan a su cargo el cuidado de menores de edad.

VARIABLES

Variable Independiente

Cuidado de menores en pacientes jubilados o pensionados

Variable Dependiente

Prevalencia de ansiedad

Prevalencia de depresión

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de variable	Indicador	Estadístico descriptivo	Prueba estadística
Depresión	La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Cualitativa	Si No Los puntos de corte son mayores o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica: escala de Goldberg única, con un punto de corte ≥ 6 .	Razones Proporciones	Chi cuadrado
Ansiedad	La ansiedad es un aspecto normal del estado emocional de los seres humanos, en el cual existe un alto grado de actividad del sistema periférico.	Cualitativa	Si No Los puntos de corte son mayores o igual a 4 para la escala de Goldberg ansiedad,	Razones Proporciones	Chi cuadrado
Edad	número de años al momento del estudio	Cuantitativa Continua	Años	media mediana moda	T Student
Género	genero del paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Hombre Mujer	Razones Proporciones	

Factores de comorbilidad	factores que favorecen la depresión y ansiedad	Cualitativa nominal	Si No	Razones Proporciones	Chi cuadrado
Jubilado	Es el acto mediante el cual una persona deja de trabajar activamente para pasar a vivir la última etapa de su vida de manera descansada y libre.	Cualitativa	Si No	Razones Proporciones	Chi cuadrado
Escala de Goldberg	instrumento de cribaje para la detección de la ansiedad y depresión, es intercalada en el contexto de la entrevista clínica	Cualitativa	Los puntos de corte son mayores o igual a 4 para la escala de Goldberg ansiedad, En población geriátrica: escala de Goldberg única, con un punto de corte ≥ 6 .	Razones Proporciones	Chi cuadrado

Variable	Tipo de variable	Estadístico Descriptivo	Prueba estadística
Depresión	Cualitativa	Razones Proporciones	Chi cuadrado
Ansiedad	Cualitativa	Razones Proporciones	Chi cuadrado
Edad	Cuantitativa Continua	media mediana moda	T Student
Género	Cualitativa nominal dicotómica	Razones Proporciones	
Factores de comorbilidad	Cualitativa nominal	Razones Proporciones	Chi cuadrado
Jubilado	Cualitativa	Razones Proporciones	Chi cuadrado
Escala de Goldberg	Cualitativa	Razones Proporciones	Chi cuadrado

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos de las variables cuantitativas fueron expresados en mediana y desviación estándar y para variables cualitativas en frecuencia y porcentaje.

Para el análisis de asociación para variables cualitativas se utilizó prueba de Chi cuadrada y cuando se encontraron valores esperados menores a 5 por casilla se utilizó la prueba Exacta de Fisher. Para variables cuantitativas para variables de 2 categorías t de student y para 3 o más categorías Anova de 1 vía. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. El análisis estadístico se realizó en el software estadístico SPSS para Windows versión 25 2018.

ASPECTOS ÉTICOS

El trabajo de investigación que se llevó a cabo se sujetó a la Ley General de Salud, en relación con aspectos éticos de investigación en seres humanos, apegándose a los artículos 13, 14, 16, 17, 18 y 23 entre otros. Dicha investigación, de acuerdo con el artículo 17 se considera SIN RIESGO, debido a que es una investigación en expedientes clínico y de entrevista.

También se consideró dentro de la declaración de Helsinki de la AMM dentro de los principios y las consideraciones éticas se respetaron algunos lineamientos importantes como son la privacidad y la confidencialidad. La confidencialidad de los datos se garantizará colocando solo iniciales de su nombre y apellido, y un número de control asignado a cada hoja de encuesta. Solo que el paciente lo requiere y este de acuerdo se entregara copia de su encuesta y escala de Goldberg calificada para entregar a su médico familiar.

El protocolo es sin riesgo, por lo que no se requeriría consentimiento informado, se anexa el formato correspondiente para este protocolo y será el Comité de Ética en Investigación quien señalo la pertinencia o no de contar con este documento.

Respecto a estos puntos podemos dar las siguientes especificaciones:

Confidencialidad. Los datos obtenidos de cada uno de los participantes se utilizaron única y exclusivamente para la realización del siguiente proyecto de investigación. Asegurando a los participantes que no se les identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven del estudio y que los datos respecto a su privacidad serán tratados en una forma confidencial.

Anonimato. Durante la obtención de la información, así como durante la realización de todo el proyecto de investigación, se respetó en todo momento la privacidad de los participantes, sin revelar en ningún momento los datos de identificación a ninguna persona ajena al proyecto en cuestión.

RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS, ESCALAS Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos. Personal médico adscritos, enfermería, asistentes, médicos residentes, pacientes con depresión y/o ansiedad que se relaciona con el cuidado de menores de edad identificados en la consulta de control de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 3; investigadores expertos en el tema

Recursos físicos y Materiales. Equipo de cómputo, paquete estadístico SPSS para Windows versión 25.0, impresora, material de oficina, consultorio de medicina familiar, expediente clínico.

Financiamiento. La totalidad de los recursos económicos requeridos para llevar a cabo el estudio serán realizados por los investigadores y por el Médico Residente.

Factibilidad. Se cuenta con los requerimientos necesarios para realizar este protocolo, dado que se tiene una gran cantidad de pacientes adultos jubilados con depresión y/o ansiedad y con un equipo de investigadores expertos en el tema, además de los recursos ya comentados.

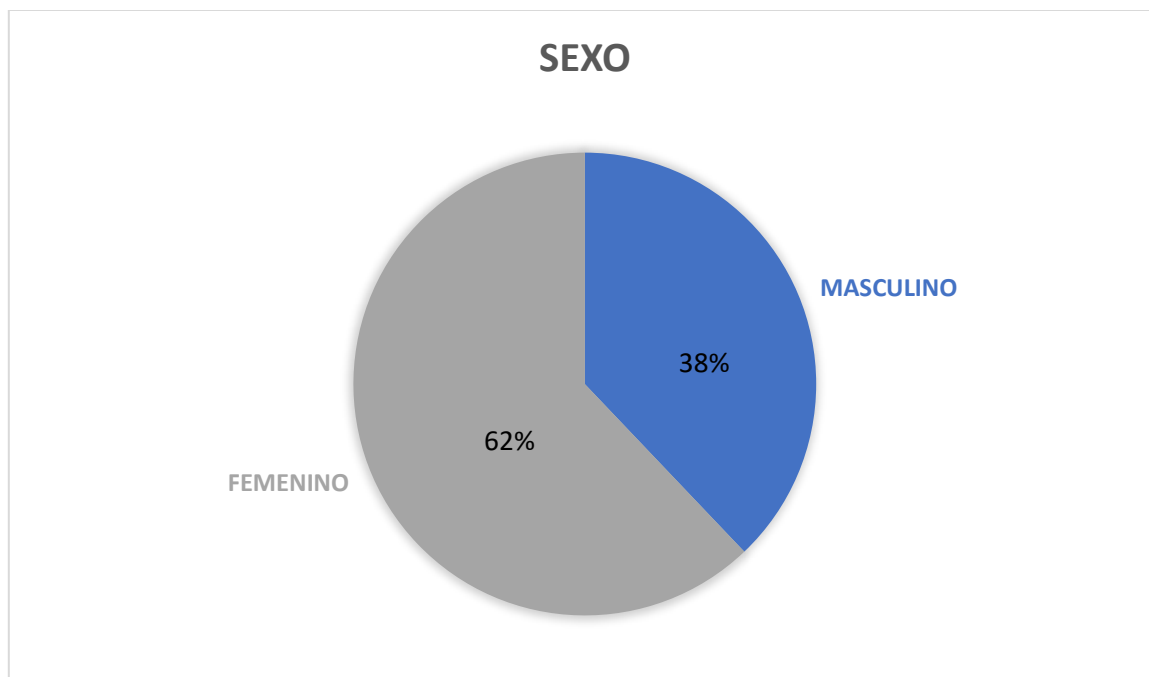
Escalas. Se identificará a personas adultos jubilados que acudan a consulta externa con datos de depresión y/o ansiedad mediante escala de ansiedad y depresión de Goldberg

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 96 adultos mayores identificados en la consulta de primer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la unidad de medicina familiar No. 3. La media de edad encontrada fue de 67 ± 7.6 años. La media de años de jubilación de los adultos mayores incluidos en el estudio fue de 7.8 ± 6.3 años. Y la característica era que cuidaran menores para ser incluidos en el estudio.

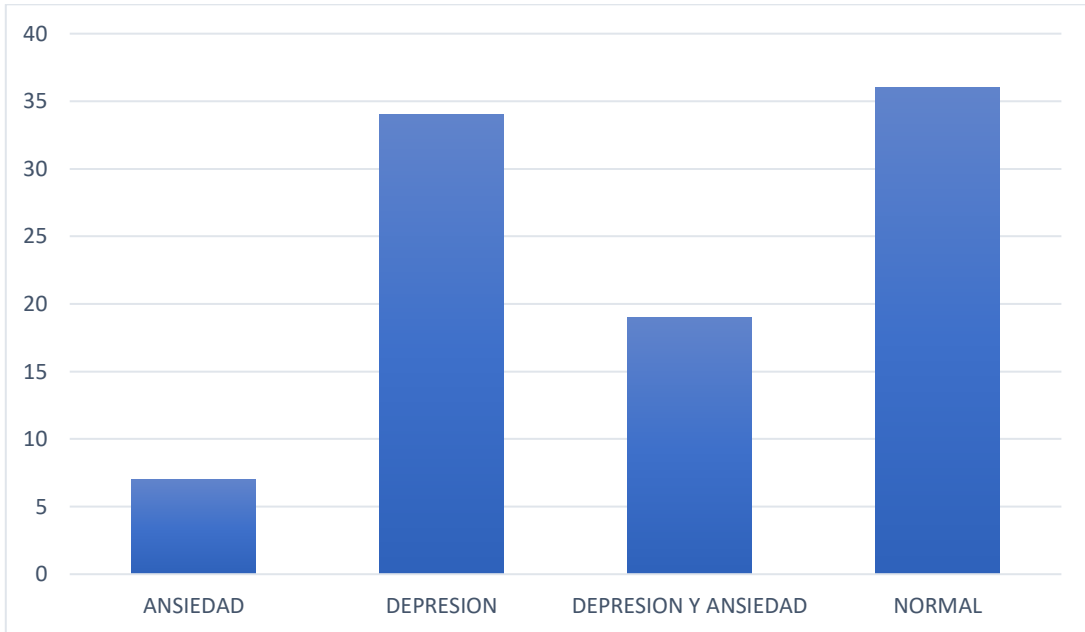
Con respecto al sexo los datos son mostrados en la figura 1, donde se observa un porcentaje mayor de mujeres incluidas en el estudio.

Figura 1. Distribución de sexo en los sujetos de estudio



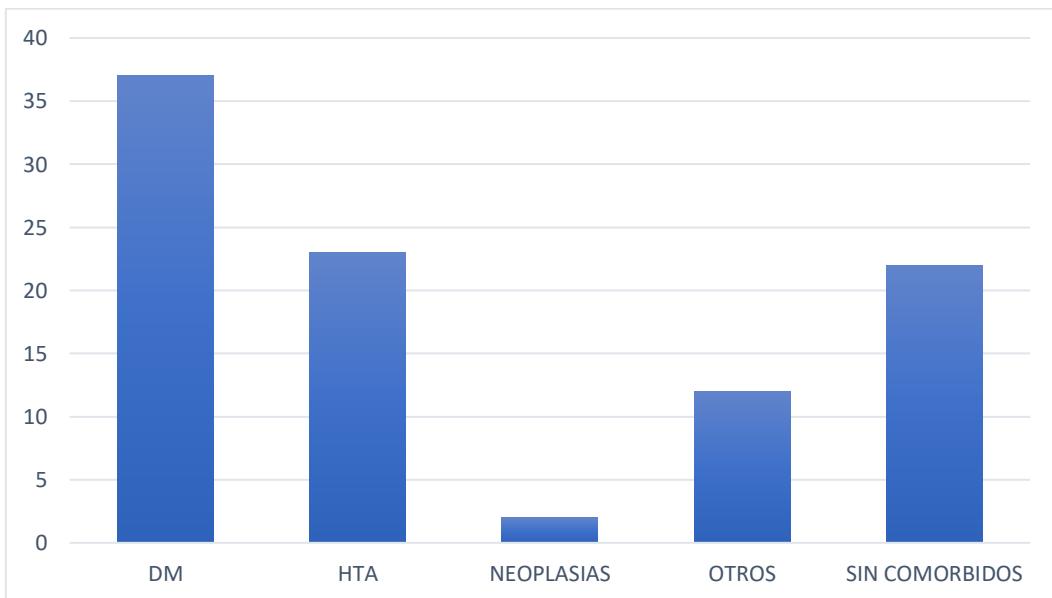
Posteriormente se muestran los datos sobre la presencia de Ansiedad, Depresión, presentar ambas, o bien no presentar ninguna. La figura 2, muestra la frecuencia observada, resaltando alrededor de un 35% de la población estudiada con depresión y un 20% con ambas alteraciones depresión y ansiedad.

Figura 2. Presencia de Ansiedad y depresión en los sujetos de estudio



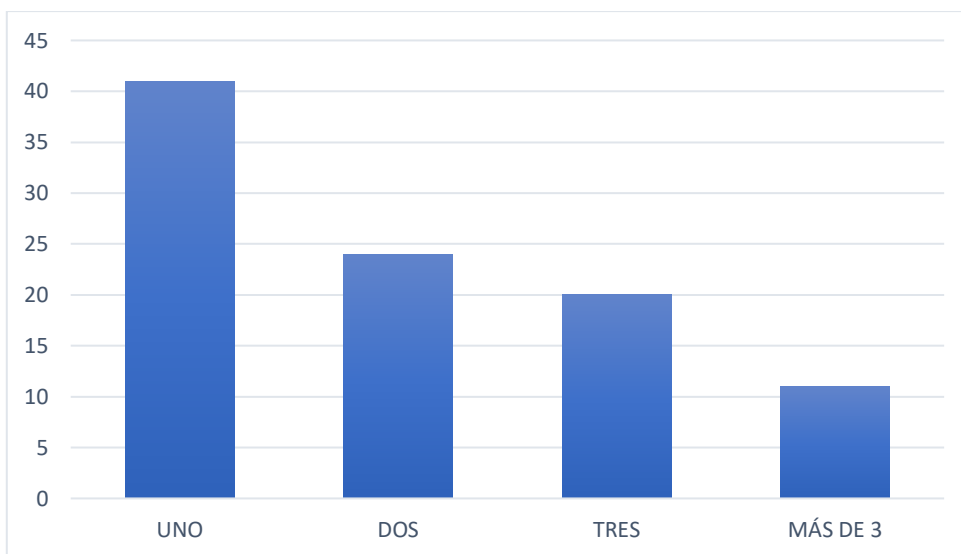
En seguida, en la figura 3 se muestra si los pacientes tenían una enfermedad diagnosticada, y se encontró que alrededor de un 40% de los pacientes tiene DM2 y un 24% HTA.

Figura 3. Presencia de enfermedades en los sujetos de estudio



A continuación, se muestra la información referente al número de infantes que cuidan, ya que se analizó si esto tiene una relación con la presencia de ansiedad o depresión. Se observa que la mayoría cuidan entre 1 y 2 niños, (datos mostrados en la figura 4).

Figura 4. Número de menores que cuidan los sujetos de estudio



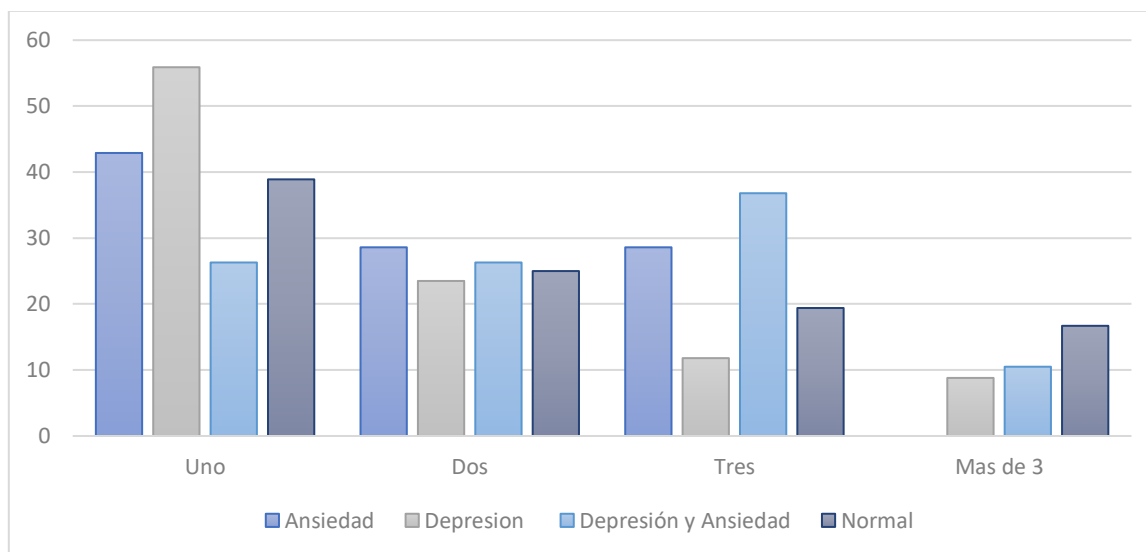
En seguida, se recolectaron los datos en relación con si el paciente recibe o no tratamiento para la depresión y se encontró que más del 80% de los pacientes refieren no recibir tratamiento para el manejo de la depresión (figura 5).

Figura 5. Tratamiento para el manejo de la Depresión



Por otro lado, con respecto a los análisis de asociación primero se realizó la comparación entre padecer depresión, ansiedad, ambas o no padecer ninguna con respecto a la cantidad de niños que cuidaban los adultos mayores, sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa (Figura 6).

Figura 6. Relación entre el número de niños que cuidan los adultos mayores y la presencia de depresión y/o ansiedad



Prueba exacta de Fisher $p = 0.491$

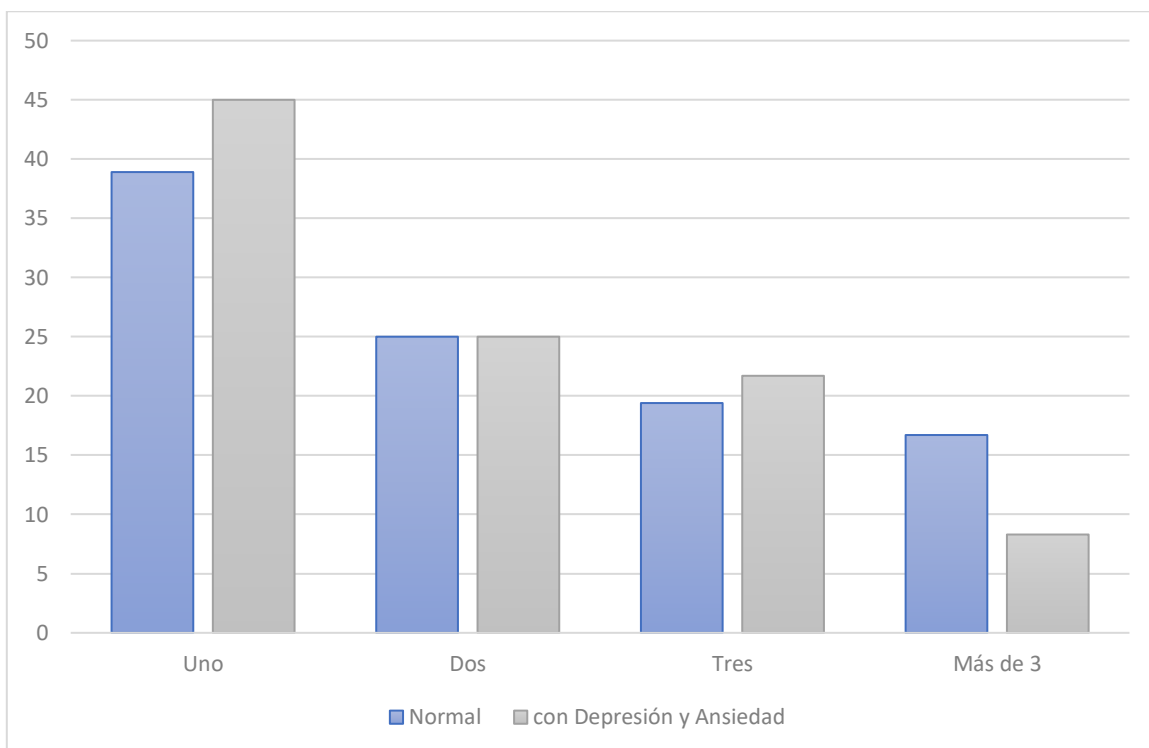
Enseguida en la tabla 1 se realizó un análisis sobre la relación entre años de jubilación de los sujetos de estudio y la presencia de ansiedad y/o depresión y no se encontraron diferencias significativas entre estas 2 variables, esto quiere decir que tener ansiedad o depresión no depende de los años que tenga de jubilados los sujetos.

Tabla 1. Relación entre años de jubilación y la presencia de ansiedad y/o depresión

Variable	N	Media	Desviación estándar	Valor de p
ANSIEDAD	7	6.57	1.902	0.185
DEPRESION	33	6.18	4.194	
DEPRESION Y ANSIEDAD	19	8.31	7.394	
NORMAL	36	9.38	7.513	

En seguida se consideró un subanálisis, donde se recategorizo la variable de depresión y ansiedad en solo 2 categorías: los que tienen un problema de ansiedad y/o depresión vs los que no lo tienen. Y se encontró que aun con esta agrupación no hay una relación entre el número de niños que cuidan y presentar o no problemas de ansiedad y/o depresión (datos mostrados en la figura 7).

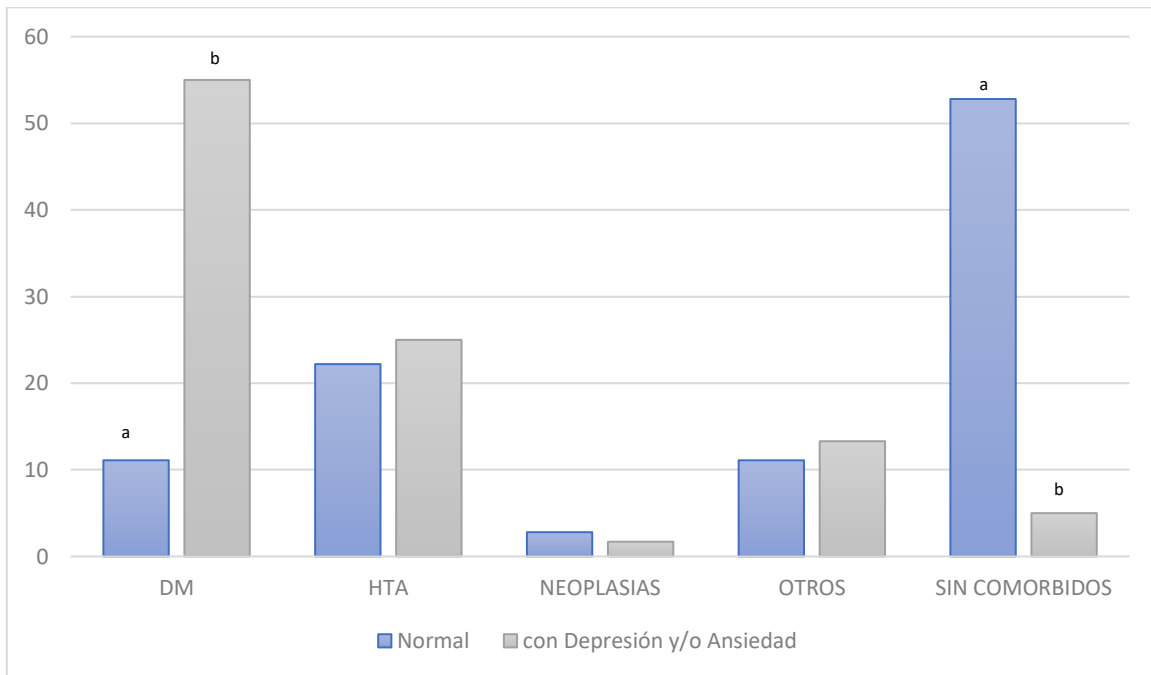
Figura 7. Relación entre el número de menores que cuidan los adultos mayores y la presencia de ansiedad y /o depresión



Prueba exacta de Fisher $p = 0.672$

Finalmente se realizó un análisis para evaluar la posible relación entre tener o no depresión y/o ansiedad y la presencia de comorbilidades. Se encontró una mayor frecuencia de depresión y ansiedad en los sujetos que tienen DM, así como también los sujetos sin comorbilidades la mayoría no tiene problemas de ansiedad y/o depresión (figura 8).

Figura 8. Relación entre tener o no depresión y/o ansiedad y la presencia de comorbilidades



^a vs ^b es diferente estadísticamente significativo, prueba post-hoc Bonferroni $p < 0.0001$ DM: Diabetes Mellitus, HTA: Hipertensión arterial.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se encontró un importante hallazgo sobre tener patologías como Diabetes y su relación con presentar problemas de depresión y/o ansiedad, esto puede deberse a la propia naturaleza de la enfermedad que el tratamiento principal se basa en el cambio de hábitos de alimentación y ejercicio, sin embargo si la DM no se trata de asocia con una gran cantidad de comorbilidades asociadas, (problemas renales, retinopatía diabética, ceguera, pie diabético, entre otras), las cuales disminuyen significativamente la calidad de vida de los pacientes (10).

Diversos autores han reportado que la prevalencia de ambas afecciones (depresión y diabetes) está aumentando y la depresión es dos veces más frecuente en personas con diabetes en comparación con aquellas sin diabetes. Los servicios de salud están, en general, inadecuadamente preparados para hacer frente a la depresión y la diabetes y la creciente especialización (y fragmentación) de la medicina probablemente empeorará las cosas (11).

Por lo tanto, la formación de equipos multidisciplinarios para el tratamiento y manejo de enfermedades metabólicas como la diabetes y la depresión es de vital importancia.

Se han realizado diversas propuestas sobre si la depresión es consecuencia de la propia enfermedad de DM o viceversa. Algunos autores propusieron que las personas que experimentaron "un estrés vital significativo, tristeza o mucho dolor" tienen más probabilidades de sufrir diabetes (12).

Sin embargo, una serie de estudios epidemiológicos y metaanálisis han demostrado que la depresión es más probable que ocurra en personas con diabetes, independientemente de si las personas son conscientes de su diabetes. Además, las personas con diabetes también registran niveles significativos de angustia y ansiedad, que puede actuar como un factor de riesgo de depresión (13).

De acuerdo con la asociación entre los años de jubilación y la depresión y/o ansiedad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, en un estudio de 15 661 participantes mayores de 50 años del estudio de salud y jubilación de EE. UU. se encontró que una cantidad pequeña de adultos mayores y de mediana edad tiene depresión mayor crónica sin embargo no se concluyó que las causas principales fueran relacionadas a la jubilación (14).

En relación con los resultados sobre la asociación entre la depresión y/o ansiedad y el número de niños que cuidan no se encontró una asociación estadísticamente significativa, sin embargo, en un estudio longitudinal se evaluó el efecto de mantenimiento y mejora del cuidado de los nietos en la salud mental de los ancianos, y se encontró que los ancianos que cuidaban continuamente de sus nietos o comenzaron a cuidar de sus nietos se sintieron significativamente más felices y disfrutaron la vida más que antes y más que los ancianos que no cuidan a sus nietos (15).

Además un resultado muy importante fue que los ancianos que dejaron de brindar atención a sus nietos tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar síntomas depresivos (OR = 1,40) que los ancianos que no brindaron atención a sus nietos en todo momento (15).

Estos hallazgos son muy importantes y la razón por la que en el presente estudio no se lograron comparar es debido a que no se tenía un grupo de comparación que no cuidara menores, sin embargo, se resalta que no es relevante la cantidad de niños de cuiden, por lo tanto, se podría hipotetizar que con un infante a su cargo tendría efectos positivos sobre disminuir el riesgo de desarrollar problemas de depresión.

Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre la relación abuelo-nieto y su efecto en la salud de los ancianos han hecho hincapié en que los abuelos responsables

del cuidado de los nietos y los posibles riesgos de dicho cuidado en la salud física y síntomas depresivos (16).

A pesar de que puede representar un riesgo para los ancianos cuidar a los infantes son mas los estudios que proponen un efecto positivo en la salud física y mental de los adultos mayores que cuidan menores (17). Sin embargo, en el presente estudio a pesar de que todos los adultos mayores tenían a su cargo menores, alrededor del 35% presentó depresión y un 20% con ambas alteraciones depresión y ansiedad.

Estos resultados tienen que ser tomados en cuenta y presentados en los servicios de salud para proponer programas de apoyo integral que brinden apoyo no solo para la salud física si no también mental de los adultos mayores.

Como perspectivas del presente trabajo, es necesario captar grupo de adultos mayores pensionados pero que no cuiden infantes para comprobar si el cuidado de infantes tiene un impacto sobre disminuir o incrementar el riesgo de desarrollar problemas de ansiedad o depresión.

CONCLUSIONES

- Se encontró una alta prevalencia de depresión y/o ansiedad en la población de adultos mayores estudiada.
- Se encontró una mayor prevalencia de depresión que de ansiedad en la población estudiada.
- Las principales comorbilidades registradas fueron la presencia de Diabetes e Hipertensión.
- No se encontró una relación entre el número de niños que cuiden los adultos mayores y tener depresión y/o ansiedad.
- Los años de jubilación no se relacionaron con la presencia de ansiedad y/o depresión en los adultos mayores.
- Se encontró que los sujetos con diabetes tienen mayor prevalencia de depresión y ansiedad.
- Finalmente se reportó que no tener comorbilidades se asoció con no desarrollar problemas de ansiedad y/o depresión.

BIBLIOGRAFIA

1. Tratamiento de la D. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA gpc [Internet]. 2011 [cited 2020 Nov 27]. Available from: www.cenetec.salud.gob.mx
2. M. PPLJV. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.
3. General D, La DE, Poblacional S. Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. 2015.
4. INEGI. Salud mental [Internet]. [cited 2020 Nov 27]. Available from: <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
5. Comisión Nacional de los Derechos Humanos [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 27]. Available from: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Recomendacion-General-05%5B1%5D.pdf>
6. NOM-031-SSA3-2012 NOM. Asistencia social. Prestacion de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situacion de riesgo y vulnerabilidad [Internet]. [cited 2020 Nov 27]. Available from: http://www.salud.gob.mx/cdi/nom/compi/NOM-031-SSA3-2012_130912.pdf
7. Glosario Pensiones [Internet]. [cited 2020 Nov 27]. Available from: <http://www.imss.gob.mx/pensiones/glosario>
8. J. VAFJMGRMLMS. Detección Y Manejo Del Colapso Del Cuidador (Base De Datos En Línea). 2015.
9. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings.
10. Srikanth V, Sinclair AJ, Hill-Briggs F, Moran C, Biessels GJ. Type 2 diabetes and cognitive dysfunction—towards effective management of both comorbidities [Internet]. Vol. 8, The Lancet Diabetes and Endocrinology. Lancet Publishing Group; 2020 [cited 2020 Nov 28]. p. 535–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32445740/>
11. Sartorius N. Depression and diabetes. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2018 Mar [cited 2020 Nov 28];20(1):47–52. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29946210/>

12. Lloyd CE, Roy T, Nouwen A, Chauhan AM. Epidemiology of depression in diabetes: International and cross-cultural issues. *J Affect Disord* [Internet]. 2012 [cited 2020 Nov 28];142(SUPPL.). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23062853/>
13. Perrin NE, Davies MJ, Robertson N, Snoek FJ, Khunti K. The prevalence of diabetes-specific emotional distress in people with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*. 2017;34(11):1508–20.
14. Xiang X, Cheng J. Trajectories of major depression in middle-aged and older adults: A population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2020 Nov 29];34(10):1506–14. Available from: </pmc/articles/PMC6742519/?report=abstract>
15. Tsai FJ. The maintaining and improving effect of grandchild care provision on elders' mental health-Evidence from longitudinal study in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2020 Nov 28];64:59–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26952378/>
16. Baker LA, Silverstein M. Depressive symptoms among grandparents raising grandchildren: The impact of participation in multiple roles. *J Intergener Relatsh*. 2008;6(3):285–304.
17. Glaser K, Ribé E, Montserrat UW, Price D, Stuchbury R, Tinker A. Grandparenting in Europe. London Gd Plus [Internet]. 2010;(June). Available from: <http://www.grandparentsplus.org.uk/wp-content/uploads/2011/03/Grandparenting-in-Europe-Report.pdf>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTATAL JALISCO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)**

**Nombre del estudio: PREVALENCIA DE PACIENTES JUBILADOS CON
DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD CON RELACIÓN A TENER A SU CARGO A
MENORES DE EDAD, IDENTIFICADOS EN LA CONSULTA DE PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3**

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar **y** **Fecha:** Guadalajara, Jalisco.

Número **de** **Registro** **Institucional**

Justificación y Objetivo del estudio:

La depresión contribuye a elevar la morbi-mortalidad y la calidad de vida e incrementa costos de salud en su atención, en la consulta de medicina familiar y de atención médica continua, así como mayor prescripción de medicamentos antidepresivos, ansiolíticos y benzodíacepinas, y envíos a segundo nivel; con presencia en el adulto mayor es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico. La inversión de la pirámide poblacional lo que se traduce con el aumento de la población de adultos mayores provocada por la disminución de la tasa de

natalidad, los cambios de roles familiares en familias modernas lo que conlleva a ser profesionistas tanto marido como esposa lo cual los dos tienen trabajos y responsabilidades en el hogar contrario a familias tradicionalistas, debido a estos cambios de roles en el núcleo familiar encontramos o se manifiesta la situación del cuidado de los hijos menores de edad lo que una de las opciones de estos grupos familiares es el dejarlos a cargo de los padres; lo que desestabiliza la etapa de vida de post - jubilación del adulto, provocando cambios de hábitos así como carga de trabajo y responsabilidades lo que conlleva a mayor estrés llegando a depresión y/o ansiedad en el adulto provocando disminución de calidad de vida del adulto así como situaciones de riesgo por no poder atender las necesidades del menor o hasta maltrato por la poca tolerancia e irritabilidad y padecimiento agudizados de crisis de ansiedad o depresión cónica. Por lo anterior es necesario la adecuada identificación de casos de pacientes con datos de depresión y/o ansiedad valorados en la consulta de primeros niveles de atención de medicina familiar y valorar las causas que provoquen esta para evitar las discapacidades y complicaciones asociadas a esta enfermedad.

Procedimientos: En la consulta de medicina familiar de control acuden pacientes con adultos jubilados algunos con datos de depresión y/o ansiedad los cuales se identificarán además de valorar si existe relación con el cuidado de menores de edad. Se obtendrá la incidencia de casos con mencionadas características por medio de escalas tipo encuestas confirmatorias de depresión y ansiedad.

Posibles Riesgos y Molestias: Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Se podrá saber si el padecimiento actual de depresión y/o ansiedad es a causa del cuidado de menores de edad, esto con el fin de buscar redes de apoyo y hacérselo saber a familiares tutores o padres de menores esto para buscar solucionar o equilibrar la situación actual para poder evitar este factor de posible riesgo hacia los pacientes de padecimiento actual.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Los resultados permitirán saber si el cuidado de menores de edad pudiese relacionarse con la presencia de depresión y/o ansiedad.

Participación o retiro: Usted podrá manifestar su deseo de abandonar el estudio en cualquier momento, sin que esto afecte la atención médica que se le brinde.

Privacidad o confidencialidad: Los datos que se obtengan del registro de operaciones y de su historia clínica son confidenciales, los investigadores desconocen el nombre del paciente de cuya historia clínica y registro se obtienen los datos. El nombre de cada paciente esta codificado por con una clave, clave que solo la conoce un profesional de la salud del servicio de medicina familiar.

Declaración de consentimiento

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en este estudio

Si acepto que mi familiar o representado participe en este estudio

Para aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participantes puede dirigirse a:

1) Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1305. Ubicado en Sierra Mojada No. 800. Guadalajara, Jal. CIBO-IMSS. Teléfono 33 3618-9410, Correo electrónico:

etica1305@gmail.com. 2) Comisión de Ética de Investigación de la CNIC Doctores. México, DF.,

CP 06720. Teléfono 55 5627-6900 extensión 21230, Correo electrónico:

comiteeticainv@gmail.com Atentamente Dr. Luis Felipe Jave Suárez secretario del CLIS1305.

Nombre y firma del participante

**Nombre y firma de quien
obtiene el consentimiento**

Testigo 1

**Nombre, dirección, relación y
firma**

Testigo 2

**Nombre, dirección, relación y
firma**

Clave: 2810-009-013

Clave: 2810-003-002

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio: Paciente:	Edad:	_____ AÑOS
Genero	Masculino () Femenino ()	
Puntaje en escala de depresión (Goldberg).	Puntaje: _____ Depresión () Ansiedad () Normal () Observaciones: _____	
Factores de comorbilidad	Diabetes mellitus () Hipertensión arterial () Neoplasias () Inmunosupresión () Medicamentos () Otras _____	
Número de menores a cargo del paciente y parentesco	1 () 2 () 3 () Otro: _____ Nieto ^(s) () Sobrino ^(s) () Hijo ^(s) () Otro: _____	
Usted tiene a su cargo a menores de edad de forma voluntaria o por compromiso.	Por compromiso () Voluntariamente () Otro: _____	
Cuanto tiempo cuida a los menores de edad durante el día.	Horas: _____ Días: _____	
Usted lleva a los menores de edad a la escuela o alguna o otra actividad.	Si () No () Otra: _____	
Número de personas que viven en su hogar:	1 () 2 () 3 ()	

	Otro: _____
Usted recibe dinero por cuidar a los menores o alguno otro beneficio.	Si () No () Otro:
Está tomando tratamiento para depresión y/o ansiedad	Cual y dosis: _____ Tiempo: _____
Tiempo que lleva jubilado	_____ (AÑOS, MESES)

ESCALA DE GOLDBERG PARA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Subescala de ansiedad:	
<input type="radio"/> ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
<input type="radio"/> ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
<input type="radio"/> ¿Se ha sentido muy irritable?	
<input type="radio"/> ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	
(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	
<input type="radio"/> ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
<input type="radio"/> ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?	
<input type="radio"/> ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: Temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	
<input type="radio"/> ¿Ha estado preocupado por su salud?	
<input type="radio"/> ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	
Total, ansiedad:	
Subescala de depresión:	
<input type="radio"/> ¿Se ha sentido con poca energía?	
<input type="radio"/> ¿HA perdido usted el interés por las cosas?	
<input type="radio"/> ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	
<input type="radio"/> ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)	
<input type="radio"/> ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
<input type="radio"/> ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	
<input type="radio"/> ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
<input type="radio"/> ¿Se ha sentido usted enlentecido?	
<input type="radio"/> ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
Total, Depresión:	

Criterios de valoración:

Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

ESCALA DE GOLDBERG PARA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN:

Subescala de ansiedad:

- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- ¿Se ha sentido muy irritable?
- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).
- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Total ansiedad:

Subescala de depresión:

- ¿Se ha sentido con poca energía?
- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?
- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).
- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Total depresión:

Criterios de valoración:

Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas