



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL SUR
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 28 GABRIEL MANCERA
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

“ASOCIACIÓN ENTRE POLIFARMACIA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 IMSS.”

Tesis para la obtención del título de la especialidad de medicina familiar

Presentado por:

Cervantes Román Eric

Residente de la Especialidad de Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28 “Gabriel Mancera”

Sitio de trabajo: Consulta Externa

Tel. Extensión **Cel.** 5545406611 **FAX:** sin fax

e-mail: cervantesrom21@gmail.com

Asesor:

Nombre: Vega Blancas Juan Luis

Matrícula: 98389710

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N° 28 “Gabriel Mancera”

Sitio de trabajo: Consulta Externa

Teléfono: 55 55 59 60 11, Ext. 21722

Celular: 5519549037

Fax: sin fax

e-mail: luis_drvega@outlook.es

Registro: R-2020-3703-072

CIUDAD DE MEXICO JULIO 2021



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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

Vo. Bo.

Dra. Katia Gabriela Cruz Núñez
Directora de la UMF No. 28 "Gabriel Mancera"

Vo. Bo.

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano
Coordinadora Clínica de educación e investigación en Salud

Vo. Bo.

Dr. José Humberto Rojas Velázquez
Profesor titular de la Residencia Médica en Medicina Familiar

Vo. Bo.

Dr. Juan Luis Vega Blancas
Asesor de Tesis



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703,
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS 17 CI 09 017 017
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 003 20190403

FECHA Lunes, 19 de octubre de 2020

Dr. Juan Luis Vega Blancas

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "ASOCIACIÓN ENTRE POLIFARMACIA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26 IMSS," 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 **A P R O B A D O**.

Número de Registro institucional
R-2020-3703-072

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. PAULÁ AVALOS MAZA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Dedico unas palabras de agradecimiento comenzando con mi tutor de tesis, maestro, adscrito y a la vez un amigo al Dr. Juan Luis Vega Blancas por aguantar

mi frustración de no saber cómo hacer y redactar un protocolo y aun así transmitirme sus enseñanzas y por el tiempo y esfuerzo dedicado a esta tesis que yo creo que sin usted no hubiera podido realizarla. Por eso muchas gracias doctor.

A mis padres que siempre me han apoyado en todas mis decisiones ya sean buenas y malas, siempre están ahí para darme su apoyo, consejos tratando de guiarme por la vida para ser mejor persona y un buen profesionalista siempre en busca del bien de las personas y en este caso por mi profesión con los pacientes, no tendré palabras ni como pagarles por todo lo que me han dado y enseñado por que sin ellos no podría ser lo que soy ni estar hasta donde estoy.

A mis compañeros los cuales son mis colegas de la residencia que ahora se vuelven amigos y hasta un punto formamos una pequeña familia que, en vez de desalentarnos y competir de mala manera, nos alentamos, siempre estamos por el otro en lo que se pueda ayudar sea dentro o fuera de la residencia.

A mis R3 los cuales no todos, me apoyaron y trataron de transmitir sus experiencias y conocimiento en cuanto a la especialidad y en ayudarme a resolver dudas de la tesis cuando se los solicite.

A mis adscritos a los cuales les agradezco su tiempo y empeño por enseñarme todo acerca de la residencia de medicina familiar y por qué no, también en urgencias donde pasamos casi la mitad de la residencia y hacernos ver al paciente en todo su entorno y no solo en su enfermedad.

Y por ultimo y no menos importante, le agradezco a Dios, por brindarme a todas las personas que forman parte de mi vida tanto personal como de mi vida privada, que siempre han estado ahí en las buenas, malas y las peores.

ÍNDICE

	Página
1. RESÚMEN.....	8
1.1 INTRODUCCION.....	9
2. ANTECEDENTES.....	10
2.1 Marco epidemiológico.....	10
2.2 Marco conceptual.....	14
2.3 Marco contextual.....	17
3. JUSTIFICACIÓN.....	19
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	20
5. OBJETIVOS.....	21
5.1 General.....	21
5.2 Específicos.....	21
6. HIPÓTESIS.....	21
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
7.1 Periodo y sitio de estudio.....	21
7.2 Universo de trabajo.....	21
7.3 Unidad de análisis.....	21
7.4 Diseño de estudio.....	21
7.5 Criterios de selección.....	22
7.5.1 Criterios de inclusión.....	22
7.5.2 Criterios de exclusión.....	22
7.5.3 Criterios de eliminación.....	22
8. MUESTREO.....	22
8.1 Cálculo del tamaño de muestra.....	22
9. VARIABLES.....	24
9.1 Operacionalización de variables.....	24
10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	27
11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	27
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	27

12.1 En caso pertinente, aspectos de bioseguridad.....	29
12.2 Conflictos de interés.....	29
13. RECURSOS.....	29
13.1 Humanos.....	29
13.2 Materiales.....	29
13.3 Económicos.....	30
13.4 Factibilidad.....	30
14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	30
15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS.....	30
16. MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS.....	31
17. RESULTADOS.....	32
18. DISCUSION.....	35
19. CONCLUSION.....	37
20. CRONOGRAMA.....	38
21. BIBLIOGRAFÍA.....	39
22. ANEXOS.....	43
22.1 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	43
22.2 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	44
22.3 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
22.4 INSTRUMENTOS, ENCUESTAS.....	46
22.5 CARTA DE NO INCONVENIENTE.....	47

Abreviaturas:

DM (Depresión mayor)

PL (Pluripatología)

PF (Polifarmacia)

IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social)

OMS: Organización Mundial de la Salud

“ASOCIACIÓN ENTRE POLIFARMACIA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF 28 IMSS.”

¹Eric Cervantes Román, ² Juan Luis Vega Blancas¹Unidad de Medicina Familiar 28 IMSS, Consulta Externa, ² Medico Familiar Adscrito a la UMF 28.

Introducción: En México la prevalencia de depresión varía entre 26% y 66%; un estudio reporto que en una población con factores de riesgo. En cuanto a polifarmacia se estima que en México la prevalencia varía de acuerdo la atención hospitalaria, entre 55% a 65%. Ambas situaciones, comprometen la salud de los pacientes geriátricos, volviéndose precipitantes uno del otro, condicionando exacerbación de otro síndrome geriátrico, llevando a un deterioro biopsicosocial y funcional del paciente, afectando su calidad de vida.

Objetivos: Determinar la asociación que existe entre la polifarmacia y la depresión en los adultos mayores de la UMF 28.

Material Y Método: Se realizo un estudio descriptivo, transversal obteniendo muestra por conveniencia de 384 de pacientes mayores de 60 años adscritos a la UMF 28 “Gabriel Mancera”. Se realizo el estudio con todos los criterios de ética. Se analizaron resultados obtenidos en las encuestas a pacientes mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados:

Se observo que hay una asociación entre polifarmacia y depresión, de 64% con una asociación estadísticamente significativa $p < 0.001$. Existe presencia de sintomatología depresiva el 54% (n= 206) fueron catalogados sin síntomas depresivos comparado con el 46% (n= 178) presentaban datos de depresión

Conclusión:

Este estudio determino que existe un gran factor de riesgo de que el paciente con polifarmacia llegue a presentar depresión. Por lo que el médico de familia debe estar capacitado para otorgar una atención integral detectando oportunamente este y otros factores relacionados con la depresión en el adulto mayor, favoreciendo una vejez activa y saludable.

Palabras Clave: *adulto mayor, depresión, polifarmacia*

INTRODUCCIÓN:

En México en los años 30 la mortalidad general era de 27 defunciones por cada 1000 habitantes. Para el 2008 8.3 defunciones por cada mil habitantes. Un incremento de la tasa de vida paso de 34 años a 75.1, y una disminución en la fecundidad que pasó de 7 hijos en los años 60 a 2.1. Estos fenómenos han dado lugar al envejecimiento poblacional. Se estima que para 2050 la población de adultos mayores llegué a ser un cuarto de la población.

En Estados Unidos el 80% de adultos mayores tienen al menos una enfermedad crónica y un 50% dos enfermedades, condicionando un mayor consumo de medicamentos. Se sabe que al consumo de medicamentos aumento con la edad, se habla de polifarmacia cuando se consumen 4 medicamentos o más.

La prevalencia de la polifarmacia a nivel mundial varía entre el 5 y 78%, en estados unidos es de 57%, en Europa 51% y en México 55-65%.

Se asocia con mayores grados de polifarmacia que el paciente tenga múltiples comorbilidades, fragilidad, y la depresión. El 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de trastorno psiquiátrico por lo tanto en nuestro país la incidencia en el adulto mayor va del 7 al 36% en pacientes valorados en consulta externa y hasta el 40% en pacientes hospitalizados.

En cuanto a la depresión, es un síndome que engloba a un conjunto de síntomas que se caracterizan por la pérdida de interés, incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencia de la vida diaria. La depresión es la enfermedad mental más frecuente y es una de las principales causas de discapacidad en el mundo. Existen otras enfermedades las cuales se han estudiado y se pronuncian con la edad y se relacionan con polifarmacia, con mayor predominio en pacientes femeninas que en hombres, pero en dicho trabajo solo se abordara a la depresión como un factor predisponente.

2. ANTECEDENTES

2.1. Marco epidemiológico.

De acuerdo al INAPAM México a alcanzado en los últimos 50 años un aumento en el porcentaje de personas adultas mayores, hasta el 2019 se tenían cifras estimadas de 13 millones de personas mayores de 60 años.¹

En 1970 el porcentaje de adultos mayores de 65 años correspondían al 4%, se prevé que para el 2030 la población mayor de 60 años será de 20 millones de individuo, y que para el 2050 será el 27% de la población del país, 1 de 4 habitantes será adulto mayor.²

Se dice que desde el inicio de la historia del ser humano se han identificado diferentes episodios mentales que podrían catalogarse hoy en día como: Trastornos del Estado del Ánimo o Depresivos, como marcan en los relatos del Génesis. Por lo tanto, esta enfermedad no es solo exclusiva de nuestra época si no que ya se tenía conocimientos y definiciones como por ejemplo antes se le conocía como melancolía.³

Actualmente, los trastornos del estado de ánimo están más asociados con el hombre ya que son una causa común de la jubilación por incapacidad laboral, además, se prevé que, en un futuro próximo, la depresión será la segunda causa de discapacidad por enfermedad. Por otra parte, según el DSM IV-TR, dentro de los trastornos depresivos se encuentra: Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico y Trastorno Depresivo no Especificado. ³

Por otra parte, el aumento de la esperanza de vida a nivel mundial de los adultos mayores se ha asociado con la calidad de vida que esta persona ha llevado en el transcurso de sus años tanto en su actividad física, intelectual para así no ir generando o evitar enfermedades crónicasdegenerativas y que estas tengan mayor consecuencia.⁴

En la actualidad, la esperanza de vida a nivel mundial es de 72.7 años en hombres y 78.1 años en mujeres. Como por ejemplo en Ecuador se estima que 7% de la población es mayor de 65 años, el dato concuerda con la estadística mundial. En México la esperanza de vida promedio es de 75 años, 78 años para mujeres y 73 años para hombres. ^{4,5}

En los últimos años, en México la población de adultos mayores se ha visto incrementada. Según la encuesta nacional de la dinámica demográfica 2018, en el país habitan 15.4 millones de personas mayores de 60 años la mayoría de ellos adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social.⁶

Los pacientes geriátricos tienden a tener alta tasa de morbilidad y de padecer especialmente enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, las cuales provocan de manera progresiva el de ser dependiente a otras personas dentro su entorno social. De acuerdo con la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) el adulto mayor tiene alta prevalencia de padecer Demencia y Depresión. ⁴

En esta población la Depresión tiene ciertas características especiales como son los factores propios como las enfermedades que padecen, el ambiente en que viven, su estatus social, los factores demográficos como su área de trabajo, estado civil y relaciones interpersonales en este ámbito se ha visto en deferentes estudios que la soledad predispone a padecer depresión en mujeres y hombres. Por lo tanto, la depresión es un proceso multifactorial con la asociación de la falta de apoyo de su red de apoyo social. ⁴

En cuanto a la incidencia de casos nuevos por año aumenta aproximadamente 15%. Tomando en cuenta el estudio longitudinal en Beijing en el cual se encontró una incidencia acumulada a cuatro años de 10.58% en una muestra de 2506 ancianos de las zonas urbana y rural. En cuento a la incidencia se observó que la depresión mayor obtuvo un incremento en adulto mayores con antecedentes de algún grado de depresión a lo largo de su vida con un porcentaje de 10.3% en comparación de 1.8% que son las personas sin ningún antecedente depresivo. ⁴

La depresión en al adulto mayor en cuanto a su prevalencia se ha visto que varía según el desarrollo y la población del país estudiado. En Europa se realizó un el estudio Eurodep, utilizando cuestionarios, arrojando datos que varían de acuerdo con el país, por ejemplo, en Islandia con una prevalencia de 8,8%, en Alemania con 26.3%, Suecia con 12 a 14% y en un país asiático como Taiwán con 21,2 %.⁴

En otros países se utilizaron los criterios del CIE-10 el cual reporto prevalencias de 2,3% en Puerto Rico, 13.8% en República Dominicana, 4,9% en Cuba, 0,3% en

China urbana, 0,7% en China rural, 3,9% India urbana, 12,6% India rural y 0,5% en Nigeria, recalando lo antes mencionado que la depresión depende de varios factores se observa que en zonas urbanas se registró una prevalencia menor que las rurales. Hablando de Latinoamérica la prevalencia en el adulto mayor varia, reportando en México, entre 26% y 66%obteniendo en un estudio en población con factores predisponentes reportó depresión de 60%. ⁴

Se hace énfasis en que los valores mencionados son menores cuando se utilizan instrumentos diagnósticos, como los del CIE 10 o los de DSM-V en comparación con instrumentos de tamizaje, como la escala de Yesavage o el Euro-dep. ⁴

Influyen varios factores de riesgo en el adulto mayor que se acumulan para padecer depresión, los cuales son genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. También se agregan los factores anatómicos del organismo, entre ellos el tamaño del hipocampo, parahipocampo, amígdala y corteza prefrontal, alteraciones neuronales de acuerdo con su metabolismo y su tamaño, acción de las monoaminas y otros neurotransmisores, vulnerabilidad genética, estrés, e inflamación. Otro factor estudiado es la alteración de la serotonina que se considera afecta a personas vulnerables. ⁴

Entre el 65% y el 95% de los pacientes geriátricos consumen algún tipo de medicamento creando así un síndrome geriátrico al se le llama polifarmacia, que de acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se refiere a la utilización de cuatro o más fármacos al mismo tiempo por una persona de manera constante.⁷

Las interacciones farmacológicas entre el consumo de diversos medicamentos se ha visto que los efectos de esta pueden tener sinergia o antagonismo, siendo más importante el antagonismo ya que se presume complica la evolución clínica del paciente perdiendo el efecto deseado, ya sea porque se ajusta el medicamento aumentando o disminuyendo la dosis de este. ⁷

Por lo tanto, en primer nivel de atención se ven estas complicaciones englobando la salud, la economía y la importancia del médico de primer contacto generando así una prescripción errónea. ⁷

Otro factor que favorece la polifarmacia es el síndrome de fragilidad que es un estado multidimensional que genera vulnerabilidad y pérdida de resistencia ante factores estresantes externos y a su vez internos ⁸

Un estudio en España menciona que el 30% del consumo de medicamentos para enfermedades cronicodegenerativas se ve en pacientes adultos mayores de más de 65 años, generando así in costo al sector farmacéutico del 75% ⁹

Otros factores del adulto mayor se hallan son las enfermedades crónicas y las comorbilidades que existen de ellas, lo que hace que aumentan la prevalencia y la mortalidad en el mundo. Como se reporta en Estados Unidos de América, en sus adultos mayores el 80% padece al menos una enfermedad crónica y al menos dos enfermedades la mitad de ellos. Esto hace que el consumo de medicamentos sea importante por parte de la población adulto mayor, hablando de polifarmacia cuando consumen 4 medicamentos o más. ¹⁰

En 2010 en EE.UU el grupo de edad del adulto mayor era el destinatario de un tercio de todas las prescripciones y del 40% de la venta libre de medicamentos. Existe una prevalencia de la polifarmacia a nivel mundial que se encuentra entre el 5 y el 78%. Algunos estudios documentan prevalencia del 57% en EE.UU. y del 51% en Europa.¹⁰

La prevalencia de la polifarmacia en México en cuanto al adulto mayor se ha visto que en el momento en el que tiene un ingreso hospitalario varía entre el 55% y el 65% dependiendo del centro y el nivel de atención en cual se encuentre. Se identifican diversos factores de riesgo para estar predispuestos a presentar polifarmacia; agrupándose en factores demográficos en los cuales se presenta (la edad avanzada, el sexo femenino y bajo nivel educativo), estado de salud y el acceso a los servicios de salud. ¹⁰

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en México destina más de 60 mil millones de pesos cada año a los adultos mayores, ya que se cuenta con 12.4 millones de personas mayores de 60 años, las cuales representan el 10.4% de la población total, atendiendo el 40% de la demanda de atención en salud de este grupo de edad. ¹¹

2.2 Marco conceptual.

Según la OMS toda persona mayor de 60 años se llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. Las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 ancianos y mayores de 90 grandes longevos. Las naciones unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados, para los países en desarrollo de 60 años.¹²

La OMS define como depresión como una psicosis afectiva con estado de ánimo decaído tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad.¹³

Más del 20 por ciento de las personas que pasan de los 60 años sufren algún trastorno mental o neural. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5.7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de asistencia sanitaria.¹⁴

En estudios internacionales la prevalencia de depresión en el adulto mayor oscila entre el 2 y 5 % cuando se consideran los síntomas depresivos de DSM V, sin embargo, en instituciones geriátricas se encuentra hasta un 40-50%. Santander J. depresión en el adulto mayor: abordaje diagnóstico. Medwave 2005. 5(3) 655

El trastorno depresivo mayor en el anciano tiene síntomas inespecíficos como pérdida de peso, insomnio, somatización, irritabilidad, cambios en el estado de ánimo y aislamiento social. Se hace la aplicación de la escala de Yesavage de 30 reactivos (Geriatric Depression Scale (GDS)), uno de cada 8 mexicanos adultos mayores tiene síntomas de depresión mayor por lo que su detección y manejo es una alta prioridad en esta población.¹⁵

La misma prevalencia se encontró con una versión corta de 15 reactivos en una población de adultos mayores hispanos y no hispanos. La baja actividad física en los adultos mayores se relaciona con altos niveles de depresión, con afectación mayor al sexo masculino.”¹⁵

Criterios de DSM V

Cinco o más de los síntomas siguientes que han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
 9. Pensamientos de muerte recurrentes
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios¹⁶

En base a que la depresión es un trastorno biológico o una respuesta ante un estrés psicosocial se pueden aceptar dos conceptos o categorías de depresión. La depresión exógena o reactiva que precede de un acontecimiento externo como por ejemplo la pérdida de un familiar, un ser amado, pérdida económica, pérdida de estatus social, una enfermedad invalidante o terminal. Por otra parte, en la

depresión endógena, no hay factor externo que lo detone, por lo que se considera una alteración biológica, como por ejemplo la psicosis bipolar maniacodepresiva o unipolar depresiva.¹⁷

Entre los factores de riesgo se destaca la genética, la cual se puede ver presente en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. Todo este riesgo se ha observado en estudios que se han llevado a cabo y los cuales mencionan que la morbilidad se expresa comúnmente en parientes de primer grado independiente de los factores educativos o ambientales. También se mencionan marcadores genéticos potenciales localizados en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 Y 21 los cuales son predisponentes para desarrollar la enfermedad.¹⁷

En base a los neurotransmisores aminérgicos como la serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT), la norepinefrina y la dopamina, los cuales actúan en las neuronas del sistema nervioso central, se menciona que si se presentan niveles anormales podrían ser factor en la fisiopatología de la depresión.¹⁷

La polifarmacia como problema de salud afecta al adulto mayor considerándolo un problema de base en la cual se ve inmiscuida la práctica médica y médica-geriátrica. Este problema de salud alarma a las autoridades médicas tanto en el ámbito nacional como internacional y es de interés científico, familiar incluso social por todo el riesgo que genera, tanto en la salud como a nivel económico a cada país. ¹⁸

Las múltiples enfermedades y dolencias llevan a una mala práctica del personal médico de prescripción excesiva de medicamentos o peor, a una automedicación por el propio paciente, con diferentes tipos y diferentes dosis de medicamentos. Aun no existe un consenso base sobre el número de fármacos necesarios a considerar a un paciente polimedocado, ya que existen diversas bibliografías donde catalogan la polifarmacia como el consumo regular de 4 o más medicamentos, hay autores que la describen como el consumo de 5 o más medicamentos.¹⁸

La presencia de Polifarmacia, aunque a menudo prevenible, de enfermedad, discapacidad o incluso muerte, en algunos países figuran entre las 10 causas principales de mortalidad.¹⁸

Los cambios propios que ocurren con el envejecimiento afectan también a la forma en que interactúan los medicamentos en nuestro organismo, produciéndose una mayor predisposición a padecer efectos anómalos. Como las interacciones entre diversos medicamentos. El médico debe realizar una evaluación de cada anciano antes de la simple prescripción de un fármaco, teniendo en cuenta los problemas que pudieran surgir con su uso ya que genera polifarmacia, automedicación y sobredosis con efectos no deseados para la salud.¹⁸

Esto está relacionado en lo que se le llama efecto cascada de prescripción la cual quiere decir que se va prescribiendo diferentes fármacos resultado de una mala o falta de interpretación de las reacciones adversas asociadas de los medicamentos antes prescritos llegando así a un círculo vicioso de prescripción.¹⁹

En cuanto a la relación de polifarmacia con polipatología tiene una gran relación ya que, para el adulto mayor, mientras no tenga un buen apego a su tratamiento de sus patologías va generando deterioro de distintos órganos o generando más síntomas por lo que se prescribe más fármacos no dejando fuera la reacción adversa de medicamentos, sin embargo, no justifica que por tener polipatología deberán tener polifarmacia.^{20,21}

2.3 Marco contextual.

En nuestra sociedad y dentro de nuestra UMF 28 tenemos una población basada principalmente en población adulta mayor, con base a las estadísticas del INEGI. Son pacientes que cuentan con diversas enfermedades, gente que viven abandonada, en malas condiciones, en ocasiones que vivían con su conyugue pero desafortunadamente sufrieron la pérdida del mismo quedándose solos, y que nadie está pendiente de ellos, sin tener buenas redes de apoyo. Por tal motivo el adulto mayor se sabe que cuenta con diferentes factores por los cuales los hace predisponentes que se puede llegar a sospechar y exista una alta tasa de pacientes con depresión. Dentro de uno de los factores que se ha estudiado se

encuentra el biológico que se refiere a las diversas patologías por lo general cronicodegenerativas, cerebrovasculares, también se asocia a deterioro tanto funcional como cognitivo que presente el paciente y por tal motivo se puede dar la mala praxis de nosotros como médicos en prescribir gran cantidad de recetas para cubrir su sintomatología las cuales los pacientes surten y en donde se encuentra a la mayoría con polifarmacia ya que se observa que no hay una adecuada prescripción y como se comentaba con anterioridad y en diversos estudios, existe la cascada farmacología creándose un círculo vicioso tanto para los pacientes y para los médicos. Y si a esto se le agrega la cantidad de medicamentos o suplementos que el paciente suele utilizar como autoconsumo por o que existe un descontrol y dependencia de estos. Otro factor que existe es el demográfico el cual nos menciona que es más común que se presente en mujeres, viudas, aislados, pobres, institucionalizados, que se le someta a estrés. Otro factor que se encuentra es el social en donde se encuentra el aislamiento del paciente teniendo un mal estado de salud e inadecuado estilo de vida. El otro factor se abarca en lo económico, el cual se encuentran las personas con desempleo, gente pobre. Y traspalando esto a un contexto económico es un gran gasto para el país y para nuestra institución teniendo un gran impacto. Por lo que se debe comenzar a desempeñar una función integral de todo el equipo médico en estrecha colaboración con la familia del paciente para así convertirse en un equipo de salud completo que trabaje arduamente con el objetivo de lograr la calidad de la prescripción en general y en el paciente geriátrico en particular y así ir generando buenas redes de apoyo o reforzándolas si es el caso que ya las presente. Por tal motivo se decide realizar y abordar un estudio observacional mediante encuestas y realización de tests a pacientes geriátricos para así detectar a los pacientes que presenten datos de depresión y así buscar la asociación entre polifarmacia y hacerse con los resultados obtenidos las intervenciones adecuadas para tratar oportuna y adecuadamente a los pacientes de la UMF 28 Gabriel Mancera.

3. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, en México la población de adultos mayores se ha visto incrementada. Según la encuesta nacional de la dinámica demográfica 2018, en el país habitan 15.4 millones de personas mayores de 60 años la mayoría de ellos adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se prevé que para el 2030 la población mayor de 60 años será de 20 millones de individuos, y que para el 2050 será el 27% de la población del país. Dicha población presentara altas frecuencias de enfermedades no infectocontagiosas, aunado a esto polipatología, y polifarmacia.

En México la prevalencia de polifarmacia al momento de ingresos hospitalarios varía entre el 55% y 65 %. Esta situación se vuelve preocupante en un entorno internacional, nacional e institucional, ya que se convierte en un problema de salud derivado de una mala práctica médica con prescripciones inadecuadas, haciendo que el paciente presente efectos adversos y complicaciones derivadas, generando un gasto económico excesivo debido a que se destina más de 60 mil millones de pesos a este grupo de edad.

La población geriátrica tiene mayor probabilidad de recibir medicamentos de manera excesiva, por prescripciones inadecuadas y así llegar a tener polifarmacia, influyendo de forma directa en su salud mental, convirtiéndolo en un grupo de edad susceptible para presentar depresión u otras enfermedades principalmente cronicodegenerativas, asociadas a la edad.

Debemos trabajar en nuestra relación médico-paciente creando un ambiente sano explicando a los pacientes sus enfermedades, consecuencias, información breve de los medicamentos que se les prescribe como sus efectos adversos y que no solo el consumo incontrolado de fármacos es la respuesta a todo y así evitar la polifarmacia. Por otro lado, parte importante de la identificación de los efectos secundarios de la polifarmacia, o propiamente de la interacción medicamentosa, sería identificar cambios en el comportamiento o signos de depresión así mismo, utilizando el test de Yesavage como un instrumento de rutina y darle tratamiento oportuno. Esto se torna factible ya que nosotros como médicos familiares tenemos las herramientas necesarias y la continuidad con el paciente para valorarlo de acuerdo con sus enfermedades y necesidades, y así evitar que caigan en

hospitalizaciones recurrentes, gastos innecesarios al instituto, y al propio paciente, con el objetivo de mejora de la calidad de vida de los pacientes geriátricos, y la reducción de complicaciones futuras.

Gracias a los avances tecnológicos la esperanza de vida ha ido en aumento por lo que la población geriátrica será mayor, y padecerá enfermedades crónico-degenerativas por muchos años. La depresión y la polifarmacia son los síndromes geriátricos más frecuente en esta población, lo que se refleja en altos costos y cuantiosos cuidados médicos. Identificar pacientes con estas entidades llevara a tomar acciones al respecto, mejorando la calidad de vida, además de los beneficios económicos para el paciente, sus familias, y las instituciones de salud.

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México se ha visto que todo paciente adulto mayor, conforme envejece va adquiriendo diferentes enfermedades. Por tal motivo necesita prescripción de medicamentos para tratar dichos problemas y así mantener estables las patologías, sin hacer en su momento una buena evolución del problema y que realmente necesite el medicamento prescrito. De igual manera va de la mano la educación del paciente y conciencia que tiene el paciente de sus enfermedades y en varios casos solo es el cambio en su estilo de vida. Todo esto en conjunto nos lleva a un problema de Polifarmacia lo cual va generando a largo plazo más problemas de salud, como interacciones medicamentosas, además de efectos adversos, y seguido de trastornos coadyuvantes, como lo son los trastornos del ánimo, de lo cual el principal trastorno es la depresión mayor (DM) que por lo ya estudiado e investigado se relaciona con polifarmacia con mayor predominio en pacientes femeninas que en hombres y con forma a la edad se va más pronunciado en pacientes con mayor edad. Por lo tanto, con base a lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la asociación que existe entre polifarmacia y depresión en adultos mayores 60 años de la UMF 28 IMSS?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General.

- Determinar la asociación que existe entre la polifarmacia y la depresión en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No 28

5.2 Objetivo Específicos.

- Determinar la prevalencia de pacientes adultos mayores de 60 años con polifarmacia
- Identificar la prevalencia de depresión en los pacientes geriátricos con el Test de Yesavage
- Determinar la relación entre depresión y polifarmacia.
- Identificar polipatología en los pacientes geriátricos

6.- HIPOTESIS.

Los pacientes mayores de 60 años con polifarmacia están más propensos a presentar depresión, al contrario de los pacientes que no consuman polifarmacia.

7.- MATERIAL Y MÉTODOS.

7.1 Periodo y sitio de estudio.

7.2 Universo de trabajo.

Pacientes adultos mayores de 60 años derechohabientes de la UMF 28, que comprenden 80% de la población a estudiar que habita en la delegación Benito Juárez.

7.3 Unidad de análisis.

Se estudio a pacientes geriátricos mayores de 60 años, de ambos sexos, que acuden a la UMF 28.

7.4 Diseño de estudio.

Tipo observacional, analítico, descriptivo.

7.5Criterios de selección

7. 5.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes geriátricos de ambos sexos
- Pacientes geriátricos mayores de 60 años que acepten participar en este trabajo de investigación, mediante la firma de un consentimiento informado.
- Pacientes adscritos a las UMF 28

7.5.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes con alguna deficiencia física o mental severa que le impida participar en el estudio.

7.5.3.- Criterios de eliminación.

- Pacientes geriátricos que pierdan vigencia de derechos.

8.- MUESTREO.

Tipo de muestreo

- No probabilístico por conveniencia.

8.1 CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.

Se realizó un trabajo de tipo observacional, donde las variables son de tipo cualitativo, que se reporta mediante la proporción del fenómeno en estudio en la población de referencia, por lo cual la muestra se calculó a través de fórmula para población infinita (cuando se desconoce el total de unidades de observación que la integran o la población es mayor a 10,000):¹⁷

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

Donde:

n = tamaño de la muestra

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.
q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

La suma de la p y la q siempre debe dar 1.

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

% Error	Nivel de Confianza	Valor de Z calculado en tablas
1	99 %	2.58
5	95 %	1.96
10	90 %	1.645

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

El valor de Z con un nivel de confianza del 95% = 1.96

d = valor de 5

Sustituyendo en la fórmula:

$$n = (1.96^2) (0.5) (0.5) / 0.05^2$$

$$n = (3.84) (0.25) / 0.0025$$

$$n = 0.96/0.0025$$

$$n = 384$$

9.- VARIABLES. (poner la lista de las variables a estudiar)

-Variables sociodemográficas:

-Edad

-Sexo

-Estado civil

-Escolaridad

-Variable independiente:

-Polifarmacia

-Pluripatología

-Variables dependientes:

-Depresión

9.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>TIPO DE VARIABLE</u>	<u>ESCALA DE MEDICIÓN</u>	<u>INDICADOR</u>
Edad	Tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento. ²²	Esta variable se obtuvo por medio de la aplicación de cuestionario y se categorizo en años cumplidos.	Cuantitativa	Nominal	1.- 65-70 2.- 71-80 3.- 81-90
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. ²³	Se obtuvo por medio del interrogatorio seleccionando sexo y se categorizo.	Cualitativa.	Nominal.	1. Femenino 2. Masculino.
Estado civil	es la situación	Respuesta a	Cualitativa	Nominal	1.-Soltero

	estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación, y que va a determinar la capacidad de obrar y los efectos jurídicos que posee cada individuo ²⁴	cuestionario donde tendrá opciones de los tipos de estado civil.			2.-Casado 3.-Unión libre 4.-Divorciado 5.-Viudo
Escolaridad	Periodo de tiempo en que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria. ²⁵	Se recolecto por medio de la aplicación de un cuestionario y se categorizará en la opción señalada.	Cualitativa	Nominal	1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Bachillerato 4.- Licenciatura 5.- Ninguno
Polifarmacia	Prescripción de gran número de medicamentos ²⁶	Uso de por lo menos un fármaco potencialmente inapropiado o la presencia de 5 o más medicamentos	Cuantitativa	Ordinal	1. Si 2. No

		al mismo tiempo			
Depresión	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 ²⁷	Se realizó la evaluación de Yesavage abreviada, donde mayor o igual a 6 puntos se establece como depresión, posteriormente categorizara y con esto se diagnosticó depresión.	Cuantitativa	Ordinal	1.-0-5: Normal 2.- 6-9: Depresión moderada 3.- >10 Depresión severa.
Pluripatología	Presencia de cuatro o más enfermedades crónicas con diagnóstico médico ²⁸	Para fines de este estudio se consideró pluripatología cuando el paciente al momento de la entrevista refirió cuatro o más enfermedades crónicas con diagnóstico médico	Cualitativa	Nominal	1.-Si 2.-No

10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio descriptivo, Población: muestreo no probabilístico por conveniencia en 384 adultos mayores de 60 años, los cuales asisten a consulta de la UMF 28 IMSS. Intervenciones: posterior a la firma del consentimiento informado, se aplicó las fichas de identificación y los siguientes cuestionarios ya validados, en un tiempo de 20 minutos identificando las variables antes mencionadas y así en base al interrogatorio se recolecto los datos sobre polifarmacia y con el Test de Yesavage para depresión. Se recabo el consentimiento informado y se explicaron los beneficios de la participación en el estudio.

La prueba fue realizada por el residente Eric Cervantes Román dentro de la UMF 28, con una duración de 15 minutos por paciente. Se realizaron 10 encuestas por día en los horarios de consulta externa y cuando se roto en el servicio de urgencias. Los datos recopilados se vaciaron en el programa estadístico SPSS versión 22. En el mes de Junio del 2021.

11.- ANALISIS ESTADÍSTICO.

Análisis estadístico: para relacionar la presencia de depresión y polifarmacia, debido a que ambas variables dependientes tienen nivel de medición ordinal se utilizaron las prueba X^2 o prueba exacta de Fisher, con nivel de significancia de 0.05. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 22. Los datos se analizaron en el periodo descrito en el cronograma.

12.- CONSIDERACIONES ETICAS.

Se consideró este estudio de acuerdo con el Reglamento 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. Con base en el artículo 17 del anterior reglamento, esta investigación se considera tipo I; Investigación de riesgo mínimo ya que se realizaron pruebas psicológicas de diagnóstico por lo que se aplicara test de Yesavage para depresión.²⁹

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 sus apartados 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. En su apartado 23 menciona. El protocolo de la investigación se envió, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité considero las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realizó la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.³⁰

De acuerdo con las “Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud en seres humanos” establecidas en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra 2016, el presente protocolo se basa en sus pautas: valor social y científico, y respecto a los derechos; investigación en entornos de escasos recursos; distribución equitativa de beneficios y riesgos de participar en una investigación y asociaciones de colaboración y formación de capacidad para la investigación y la revisión de la investigación.³¹

Así mismo, se apega a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos: Toda investigación debe garantizar que no expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles; la carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un protocolo de

investigación y todo sujeto de investigación tiene derecho a la protección de sus datos personales al acceso, rectificación y cancelación de los mismo. ³²

12.1 En caso pertinente, aspectos de bioseguridad.

Debido a que en este estudio no se tomaron muestras biológicas, no se requirió tomar medidas de bioseguridad para el manejo de muestras, solo el cuidado del paciente para realizar las pruebas.

12.2 Conflictos de interés.

Declaro que el grupo de investigadores no recibirá financiamiento alguno para la realización del protocolo a investigar.

13.- RECURSOS:

13.1 Humano .

Médico Residente – Cervantes Román Eric

Asesor Clínico – Vega Blancas Juan Luis

Asesor Metodológico – Vega Blancas Juan Luis

13.2 Materiales

Computadora. 2 laptops

Copias. 500

Lápices. 20 lápices

Plumas.20 plumas

Hojas. 500 hojas

Instrumento de Recolección de Datos programa SPSS versión 22.

Consentimiento Informado. 384 copias

Cuestionario Yasevage 15 reactivos

13.3 Económicos.

El presente trabajo no tiene financiamiento Institucional ni extrainstitucional, la unidad cuenta con las instalaciones donde se puede entrevistar al paciente. Los consumibles fueron financiados por el alumno.

13.4 Factibilidad.

Se realizo dentro de las instalaciones de la UMF 28, previo consentimiento informado y de manera directa al interrogar a los pacientes que decidan participar en el estudio, el cuestionario se hizo de manera directa a los pacientes en un lapso no mayor a 15 minutos, al terminar la muestra necesaria se analizaron resultados y se realizo una conclusión de este.

14.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

- Que las respuestas en la encuesta sean realmente verdaderas y confiables.
- La poca disposición de los pacientes dentro de la clínica ya sea de tiempo o empatía.
- Solo se realizo en la unidad de estudio

15.- BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS

Entender la relación que existe en el paciente entre la polifarmacia que existe dentro de sus pluripatologías y a tratar indagar más en su tratamiento de base prescrito y los efectos adversos que estos conllevan para no caer en la cascada de prescripción farmacología, y sea condicionante de depresión. En el caso de que se detecte depresión, se abordara oportunamente al paciente iniciando tratamiento adecuado a través de su medico familiar.

16.- MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS

Errores en el registro de la información plasmada en los instrumentos a aplicar

Maniobra para evitar sesgo: se verifico y corroboro la información en el momento de registrar los datos.

Malinterpretación de la información

Maniobra para evitar sesgo: Los resultados se corroboraron con apoyo del asesor especializado en desarrollar proyectos de investigación.

Registrar dos veces la información

Usamos como identificador de cada paciente el número de seguridad social para evitar doble registro de los pacientes.

Sesgo de selección

Maniobra para evitar sesgo: Se abordo al paciente y se corroboro que se cumplan los criterios de selección al solicitarle INE para corroborar edad, cartilla de citas para corroborar que pertenezca a la UMF 28, se revisara en recetas que tengan en sus consultas.

17. RESULTADOS

Se incluyeron a un total de 384 pacientes quienes contaban con los criterios de inclusión de los cuales el 56% (n= 215) eran del sexo femenino y el 44% (n= 169) del sexo masculino. Las características de la población incluida se pueden observar en la tabla 1.

Cabe señalar que la mayoría de los pacientes se encontraban casados en el 90% de los casos (n= 349), con un solo caso de paciente divorciado y con el 9% siendo viudos (n= 34) lo cual representa también un factor de riesgo para la presencia de sintomatología de depresión. (Tabla 1)

TABLA 1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA		
N= 384		
SEXO	n	%
M	169	44
F	215	56
EDAD*		
	MEDIANA 69	RIC 60-92
ESTADO CIVIL		
CASADO	349	90
DIVORCIADO	1	1
VIUDO	34	9
ESCOLARIDAD		
PRIMARIA	32	8
SECUNDARIA	225	59
BACHILLERATO	75	20
LICENCIATURA	52	13
POLIFARMACIA		
SI	245	64
NO	139	36
PLURIPATOLOGIA		
SI	196	51
NO	188	49
DEPRESION		
SI	178	46
NO	206	54
*Para la edad se calculó la mediana como medida de tendencia central y los rangos intercuantiles (25-75) como medida de dispersión		

De los pacientes estudiados, se agruparon en tres grupos de edad, la mayoría ubicados entre 60 a 69 años con el 50% (n= 195), seguido del grupo de 69 a 70

años con el 40% (n= 152) y por último aquellos de 80 y más con el 10% (n= 37). (Tabla 1)

En lo que respecta a la presencia de pluripatología el 51% (n= 196) presentaba más de una comorbilidad, comparado con aquellos sin la presencia de este factor asociado. La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio presentaban polifarmacia con el 64% (n= 245), es decir uno de cada tres adultos mayores. (Gráfica 2)

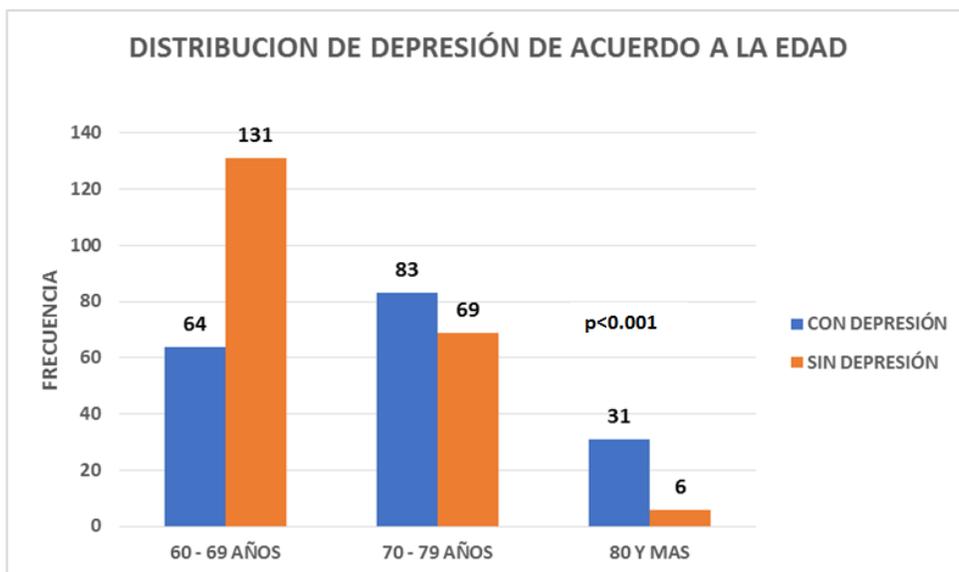
En lo que respecta a la presencia de sintomatología depresiva el 54% (n= 206) fueron catalogados sin síntomas depresivos comparado con el 46% (n= 178) presentaban datos de depresión, de los cuales la mayoría se catalogó en moderada a grave. (Gráfica 2)

En lo que respecta a la única variable de tipo cuantitativo incluido en los resultados es la edad de los pacientes, para lo cual se llevó a cabo la realización de prueba de normalidad para conocer el tipo de distribución mediante la fórmula de Kolmogorov-Smirnov agrupada por sexo como variable categórica, obteniendo un valor de $p < 0.001$ para una libre distribución. Con lo anterior se calculó la mediana como medida de tendencia central en 69 y rangos intercuantiles (25-75) entre 60 a 92 años. (Gráfica 1)

Cuadro 1. FACTOR DE RIESGO ASOCIADOS			
FACTOR	OR	IC 95%	p*
POLIFARMACIA	9.3	5.51 - 15.75	0.001
PLURIPATOLOGIA	4.7	3.05 - 7.25	0.001
VIVIR SOLO	4.0	1.72 - 9.12	0.001
SEXO MASCULINO	0.6	0.40 - 1.03	0.019
>80 AÑOS	7.02	2.85 - 17.28	0.001
Para el cálculo de la asociación entre la presencia de factores de riesgo y depresión se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrada.			

Es importante señalar que el principal factor de riesgo asociado a la depresión es sin duda la polifarmacia, representando hasta 9 veces más riesgo con respecto a las personas sin esta categoría, lo cual es necesario evaluar al momento de la

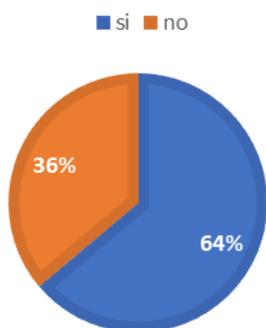
consulta de los pacientes geriátricos, ya que como se ha comentado anteriormente la mayoría de ellos cuenta con más de una patología relacionada lo cual de una u otra manera contribuye a la múltiple prescripción de medicamentos. (Cuadro 1)



Gráfica 1. Distribución entre depresión y edad. Para el cálculo de la relación entre la depresión y los mayores de 80 años se utilizó la prueba estadística de Chi-cuadrada.

Polifarmacia con o sin depresión

GRAFICA 2. POLIFARMACIA



Si Depresión

GRAFICA 3. DEPRESIÓN



Polifarmacia y Depresión

No Depresión

Valor de p

<i>Si Polifarmacia</i>	40.6% (156)	46.3% (89)	.001
<i>No polifarmacia</i>	5.7% (22)	53.6% (117)	.001

Se observo que hay una asociación entre polifarmacia y depresión, de 64% con una asociación estadísticamente significativa $p < 0.001$. (Tabla 2)

Tabla 3. Asociación entre Pluripatología y Depresión

	Si Depresión	No Depresión	Valor de p
<i>Si Pluripatología</i>	32.8% (126)	18.2% (70)	.001
<i>No Pluripatología</i>	13.5% (52)	35.4% (136)	.001

Se observo que existe una asociación entre pluripatología y depresión de un 51.04%, con una asociación estadísticamente significativa de $p < 0.001$. (Tabla 3)

18. DISCUSION

Este estudio se basa en observar la asociación entre polifarmacia y depresión en el adulto mayor. De acuerdo con el artículo de Robles Machaca³³, donde comparan polifarmacia y depresión obteniendo un riesgo de 4.2 de presentar depresión a consecuencia de la polifarmacia. En comparación con nuestro estudio se observó un OR con riesgo de presentar depresión en el paciente adulto mayor de 9.3 siendo altamente significativo para presentar dicho trastorno del estado de ánimo.

De acuerdo con Calderón MD y col.⁴ Esto es algo que ya se ha venido estudiando de manera previa, encontrando similitudes en este protocolo, en cuento a la prevalencia de grupo de edad donde se observa que entre más edad mayor es el

riesgo de padecer depresión con una mediana obtenida en este estudio de 69 años.

De acuerdo al artículo de Galli y col.³⁴ menciona que en el adulto mayor cuando no tiene una pareja a su lado ya sea su esposa, concubina, o algún familiar o grupo de amigos o entorno social, tienen a presentar depresión volviéndolos sedentarios y a aislarse de la sociedad, lo que concuerda con nuestra investigación observando que una adulto mayor con estado civil divorciado, viudo o soltero están con un riesgo de 4.0 de presentar depresión, por lo que es importante en este grupo de edad tener esa convivencia social.

Arturo Vázquez, en su artículo de Depresión en grupos de genero³² menciona que existe una prevalencia mayor en las mujeres que en hombres con un porcentaje de 58.1% teniendo una prevalencia similar en nuestro estudio, 56% en mujeres y 44% hombres, esto está justificado ya que en el sexo femenino se involucran más factores de tipo hormonal, neuroquímico y psicosocial, que condicionan a desarrollar depresión.

Conforme al artículo de Shoevers y col.³⁵ donde citan que cuando un adulto mayor presenta depresión no afecta solo a su estado de ánimo si no a sus comorbilidades, comparando con este estudio se observa una mayor asociación de persistir o aumentar la pluripatología del paciente obteniendo 4.7 más riesgo de presentar depresión.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL ESTUDIO

La principal fortaleza del estudio es el tamaño de la muestra siendo suficiente para evitar sesgos y lograr una asociación significativa para el análisis de los datos y determinar los riesgos esperados dentro de los objetivos.

Las debilidades del estudio están relacionadas con el diseño trasversal que no permite dar seguimiento a los pacientes comparados con grupos de control, así como la inclusión de otras variables que pudieran representar un sesgo en el análisis de los datos.

19. CONCLUSIONES

La mayoría de la población que se atiende de manera cotidiana en los servicios de salud del primer nivel de atención y en especial en el Instituto Mexicano del Seguro Social, pertenecen la población de adultos mayores; esta es una tendencia que se ha venido observando en las últimas décadas sobre la transición epidemiológica y la inversión de la pirámide poblacional y la mayoría de estos pacientes tienen múltiples patologías que los hacen susceptibles de padecer polifarmacia y de tal manera esta, se convierte en un factor de riesgo importante para que haya una asociación de que el paciente adulto mayor presente depresión en esta población. Por lo que el médico de familia debe estar capacitado para otorgar una atención integral detectando oportunamente este y otros factores relacionados con la depresión en el adulto mayor, favoreciendo una vejez activa y saludable.

20.- CRONOGRAMA.

Cronograma de actividades

“Asociación entre polifarmacia y depresión en el adulto mayor de la UMF 28 Gabriel Mancera del IMSS”

Eric Cervantes Román R2 Medicina Familiar matricula 97374490, UMF 28, Tel: 5555596011 ext 21722, email: cervantesrom21@gmail.com

Dr. Juan Luis Vega Blancas matricula 98389710, UMF 28, Tel: 5555596011 ext 21722, email: luis_drvega@outloo.es

TEMA / FECHA	MAR 2019	ABR 2019	MAY 2019	JUN 2019	JUL 2019	AGO 2019	SEP 2019	OCT 2019	NOV 2019	DIC 2019	ENE 2020	FEB 2020	MAR 2020	ABR 2020	MAYO-SEP 2020	OCT 2020	JUL 2021
ELECCION DEL TEMA DE INVESTIGACION	XX	XX															
INTRODUCCION											XX	XX					
MARCO TEORICO			XX	XX	XX	XX	XX	XX						XX	XX		
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				XX	XX	XX											
JUSTIFICACION				XX	XX										XX		
OBJETIVOS				XX	XX	XX											
HIPOTESIS					XX										XX		
MATERIAL Y METODOS					XX					XX					XX		
• DISEÑO DE ESTUDIO					XX												
• TAMANO DE MUESTRA					XX	XX	XX	XX	XX	XX							
• POBLACION DE ESTUDIO					XX	XX	XX	XX		XX							
CRITERIOS DE SELECCION				XX	XX	XX	XX										
VARIABLES DE ESTUDIO						XX	XX	XX		XX					XX		
DESCRIPCION DEL ESTUDIO (ESTRATEGIA)						XX	XX		XX						XX		
RECOLECCION DE DATOS																	
CONSENTIMIENTO INFORMADO						XX	XX	XX				XX					
ANALISIS ESTADISTICO							XX	XX	XX			XX					
ASPECTOS ETICOS											XX						
FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO							XX	XX									
CONFLICTO DE INTERESES								XX	XX								
RECURSOS								XX	XX								
CRONOGRAMA	XX																
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS				XX	XX		XX		XX	XX		XX			XX		
ANEXOS										XX	XX	XX	XX		XX		
INCORPORACION AL SIRELCIS															XX		
APROBACION DEL SIRELCIS																XX	
TESIS FINALIZADA Y ENTREGADA																	XX

21: BIBLIOGRAFÍA.

1. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Envejecimiento y vejez. Gobierno de México. [Internet] 2019. [Citado 2020 Junio 23]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
2. Rivera SG, Rodríguez RL, Traviño MG. El envejecimiento de la población mexicana. *Rev Med Inst Mex Seg Soc.* 2018;56(1):116
3. Calderón M, Cortés A, Durán E, Martínez T, Ramírez L, Garavito C. Depresión: Recorrido histórico y cultural. *Rev Med Hered.* 2012;(12)1-12
4. Calderón MD. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Her.* 2018;29(3):182-191
5. Sotelo I, Rojas JE, Sánchez C, Irigoyen A. Depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Arch Med Fam.* 2012;14(5):5-13.
6. INEGI. Encuesta nacional de la dinámica demográfica (ENADID) 2018 base de datos SNIEG información de interés nacional [Internet]. 2019. [Citado 2020 Junio 23] Disponible en: [:https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf)
7. Baza CB, Martínez PA, Alvarado G. Prescripción farmacológica inapropiada en adultos con síndrome metabólico en la unidad de medicina familiar no. 31. *Aten Fam.* 2017;24(31):97–101.
8. Rodríguez RAP, Fhon JRS, Pontes MLF, Silva AO, Haas VJ, Santos JLF. Frailty syndrome among elderly and associated factors: comparison of two cities. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2018;(26): 3100-3109
9. Martín PM. Prevalencia de polifarmacia en la población mayor de 65 años en España: análisis de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011/12. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52(1):2–8.
10. Martínez AJL, Gómez GA. DS-M Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor

hospitalizado por enfermedades cardiovasculares. *Gac Med Méx.* 2014;150(1):29–38.

11. Zavala RJ, Terán MA, Nava MG, Pineda ML, De la Mata MJ. Detección de polifarmacia y prescripción potencialmente inapropiada en el adulto mayor en una unidad de medicina familiar. *Aten Fam.* 2018;25(4):141-145
12. Rivadeneyra EL, Sánchez HCR. Síndrome de fragilidad en el adulto mayor en una comunidad rural de Puebla, México. *Duazary.* 2016;13(2):119-125.
13. Olivares R, Yisell D, Rivera M, Borges O, De la Caridad L, González C, et.all. Calidad de vida en el adulto mayor VARONA *Rev Cient Met.* 2105;(61): 1-7
14. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. [Internet]. 2017. [Citado 2020 Junio 23]. Disponible en: who.int/es/news-room/fact-sheets/data/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores.
15. Guía de práctica clínica. Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2011;1–83
16. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorder 5: a quick glance. *Indian J Psychiatry.* 2013;55(3) 220-223
17. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev la Fac Med.* 2006;49(2):66–72.
18. Serra UM, Germán MJL. Polifarmacia en el adulto mayor. *Rev Haban Cienc Méd.* 2013;12(1):142–151
19. Castro RJ, Orozco HJ, Marín MD. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. *Rev Med Risaralda.* 2016;22(1):52-57
20. Salech F, Palma D, Garrido P. Epidemiología Del Uso De Medicamentos En El Adulto Mayor. *Rev Méd Clín Las Condes.* 2016;27(5):660–670.

21. Romerom MJL, Gonzez AM, Vazquez E. Síndromes geriátricos en pacientes de primer nivel de atención médica. *Pren Med Argent.* 2019;106(5): 270-276
22. Edad [Internet] [Citado 2019 Junio 27] disponible @ Www.Lexico.Com.
<https://www.lexico.com/es/definicion/edad>
23. Sexo [Internet] [Citado 2019 Junio 28] fc202900dae40f527c894274814642b73745ecf9 @ quesignificado.com.
Disponible en <https://quesignificado.com/sexo/>
24. Estado civil [Internet] [Citado 2019 Junio 28] 73e242d828f7302dc42bd4cf8004e198f02aaca6 @ www.conceptosjuridicos.com Disponible en <https://www.conceptosjuridicos.com/estado-civil/>
25. Escolaridad [Internet] [Citado 2019 Junio 28] disponible en <https://www.wordreference.com/definicion/escolaridad>
26. Polifarmacia [Internet] [Citado 2019 Junio 28] disponible en <https://dle.rae.es/polifarmacia>
27. Depresión por OMS. [Internet] [Citado 2019 Julio 24] disponible. f8749dcf4aad4fb41669093a05d95dd0676e72cb @ www.who.int [Internet]. https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
28. Pluripatología [Internet] [Citado 2019 junio 27] disponible 2e54eb4cab8a93f2904c3f504fd1bb617fd5941b @ www.opimec.org
<https://www.opimec.org/glosario/complex-chronic-diseases-pluri-pathology/>
29. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Rlgsmis @ Www.Salud.Gob.Mx [Internet] [Citado 2020 enero 19]. Disponible : <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
30. Comisión Nacional de Bioética. Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

[Internet]. Ciudad de México: Secretaria de Salud; 2013. [Citado 2020 enero 18]. Disponible en: http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf

31. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. [Internet]. 2016. [Citado 2020 enero 19]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

NORMA Oficial Mexicana. NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Internet]. 2012. [Citado 2020 enero 19]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

32. Andrés V. Depresión. Diferencias de Género. Multimed. 2013; 17(3).
33. Robles M. Polifarmacia y riesgo de depresión en pacientes mayores de 60 años hospital regional Honorio delgado Espinoza. 2018.
34. Galli R, Hideyuki E, Bruscatto N, Horta R, Pattussi M. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. Rev Bras Epidemiol. 2016; 19(2):307-316
35. Schoevers R, Geerlings M, Deeg D, Holwerda T, Jonker C, Beekman A. Depression and excess mortality: evidence for a dose response relation in community living elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2009; 24(2):169-76.

22.- ANEXOS.

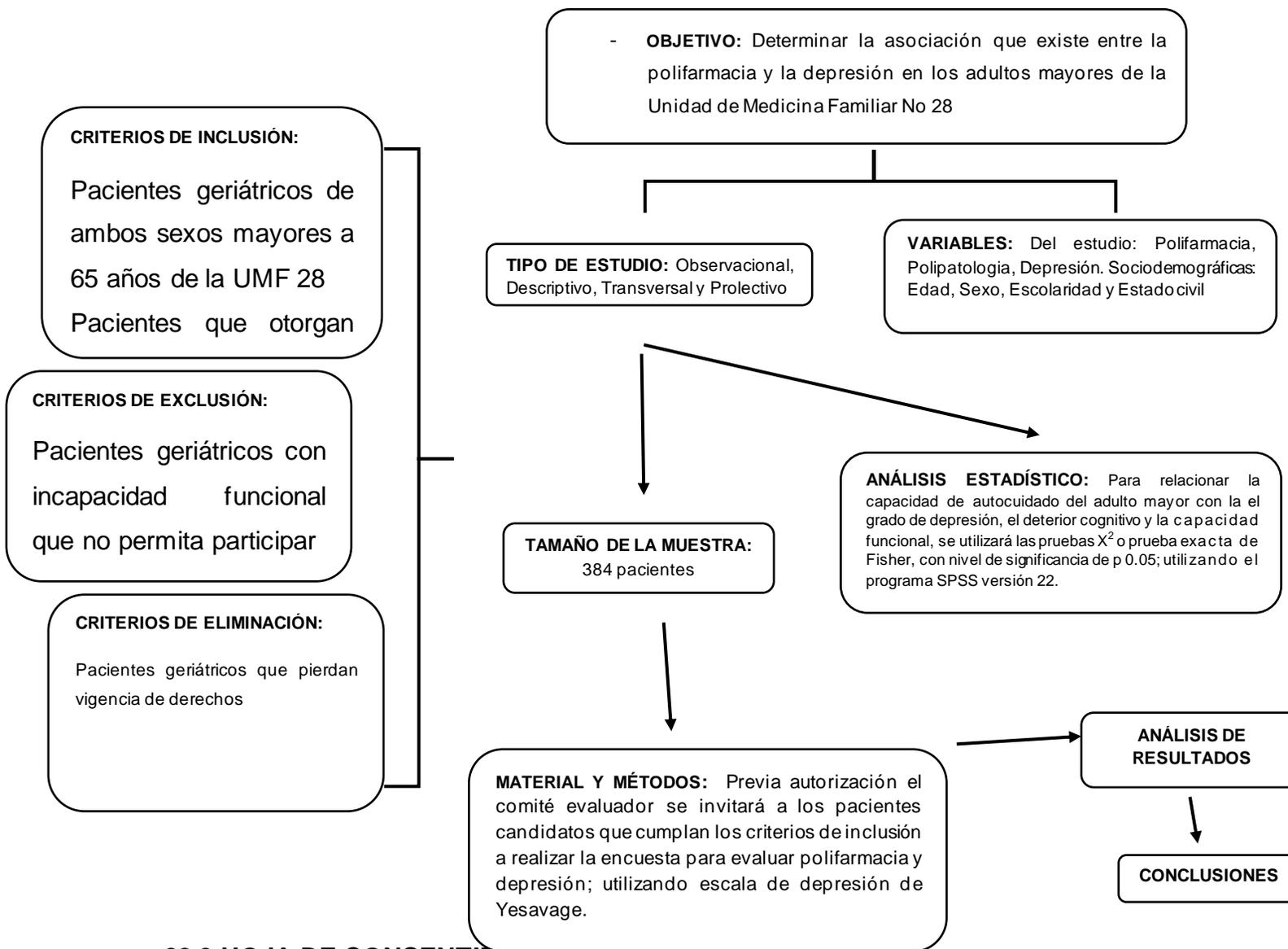
22.1 Diseño de investigación (Anexo 1)



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

Título del Protocolo: "Asociación entre polifarmacia y depresión en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar no. 28

IMSS."



22.2 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. (Anexo 2)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	ASOCIACIÓN ENTRE POLIFARMACIA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 IMSS.						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Av. Gabriel Mancera #800. Col. Valle del Centro C.P 03100CDMX UMF 28						
Número de registro:	Pendiente						
Justificación y objetivo del estudio:	Se me informa que la polifarmacia no es un buen tratamiento que se debe seguir como protocolo, y que a la larga tendré problemas gastrointestinales y en su defecto mentales. Se vera la asociación de polifarmacia conlleva a padecer depresión.						
Procedimientos:	Se me hace una cordial invitación, así como a los demás pacientes con Polifarmacia, para participar en este proyecto de investigación. Si cumpla con las condiciones necesarias y si acepto participar, se me invitará a pasar a un consultorio donde se me aplicará un cuestionario de 15 preguntas de fácil entendimiento. Se llevará a cabo en 20 minutos.						
Posibles riesgos y molestias:	Se me informa que este proyecto de investigación es de riesgos mínimo. La única molestia de este estudio será relacionada con el tiempo que tardare estando presente durante toda la examinación. El paciente puede verse afectado emocionalmente por las preguntas del instrumento utilizado ya que puede presentar molestias, malestar, tristeza						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ser mejor prescrito en base a sus medicamentos, reducir efectos adversos, y reducir consumo de fármacos, y detectar a tiempo síntomas en base a la depresión y con eso se dará tratamiento oportuno en caso de detectar depresión.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha informado que, si mi estudio sale positivo a depresión se tendrá el compromiso de informar si padece depresión mediante su médico familiar, y se explicara los resultados.						
Participación o retiro:	Se me informa que mi participación es voluntaria y que, si decido retirarme o no participar, continuaré teniendo acceso a los servicios de salud u otras prestaciones que recibo en el IMSS. Así mismo puedo hacer las preguntas que desee al inicio o a lo largo del estudio a la persona encargada del estudio.						
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que la información que se obtenga como parte de este estudio será confidencial, que no se mencionará mi nombre, ni se me identificará de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado de este						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se da tratamiento oportuno y ayuda psicologica.						
Beneficios al término del estudio:	Se me ha informado que al finalizar el estudio se agradecerá mi participación y me podre retirar con los resultados explicados, obtenidos con los cuestionarios realizados.						

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

Investigador Responsable: Juan Luis Vega Blancas matricula 98389710, UMF 28, Tel: 5555596011 ext 21722, email: luis_drvega@outloo.es

Colaboradores: Eric Cervantes Román matricula 97374490, UMF 28, Tel: 5555596011 ext 21722, email: cervantesrom21@gmail.com

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

Nombre y firma del sujeto	Eric Cervantes Román Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

22.3 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: (Anexo 3)

HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

“Asociación entre polifarmacia y depresión en el adulto mayor de la UMF 28 Gabriel Mancera del IMSS”

Eric Cervantes Román R2 Medicina Familiar matricula 97374490, UMF 28, Tel: 5555596011 ext 21722, email: cervantesrom21@gmail.com

Dr. Juan Luis Vega Blancas matricula 98389710, UMF 28, Tel: 5555596011 ext 21722, email: luis_drvega@outloo.es

1	FOLIO _____		_ _ _ _
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____		_ _ _ _
3	Nombre: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Apellido Paterno Apellido Materno </div> Nombre (s)		
4	NSS: _____	5	Teléfono _____ _____ _____
5	Turno: 1. Matutino () 2. Vespertino ()		_
6	Número de Consultorio: (____)		_
7	Edad: _____ años cumplidos	9	Sexo: 1.-Masculino () 2.- Femenino () _ _ _ / _
8	ESTADO CIVIL 1. Soltero ()) 2. Casado () 3. Divorciado () 4. Viudo(a) () 5. Unión libre ()		_
9	ESCOLARIDAD 1.-Primaria incompleta () 2.-Primaria completa () 3.- Secundaria () 4.-Preparatoria () 5.-Licenciatura () 6.-Postgrado ()		_
10	POLIFARMACIA Toma más de 3 medicamentos 1.-SI () 2.- NO ()		_
11	TEST DE YESAVAGE 1.- Normal < 5 pts. () 2.- Depresión Moderada 6-10 pts. () 3.- Depresión Severa >10 pts ()		_
12	PLURIPATOLOGÍA Tiene mas de 4 enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial sistémica, Enfermedades autoinmunes, EPOC, Dislipidemias) 1.- SI () 2.- NO ()		_
	GRACIAS POR SU COLABORACION		

SE REALIZO EN 5 MINUTOS

22.4 INSTRUMENTOS

**“ASOCIACIÓN ENTRE POLIFARMACIA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 28 IMSS.”**

Eric Cervantes Román R2 Medicina Familiar matricula 97374490, UMF 28, Tel: 5555596011 ext 21722, email: cervantesrom21@gmail.com

Dr. Juan Luis Vega Blancas matricula 98389710, UMF 28, Tel: 5555596011 ext 21722, email: luis_drvega@outloo.es

Cuadro 6. ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN REDUCIDA).

		SÍ	NO
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
PUNTUACION TOTAL _____			
INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL. 6 A 9 DEPRESIÓN LEVE. > 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA.			

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.

SE REALIZO EN 10 MINUTOS

22.5 CARTA DE NO INCONVENIENTE



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN CIUDAD DE MÉXICO 37 SUR
Jefatura de Prestaciones Médicas
Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"

"2020, Año de Leona Vicario, Benemérita Madre de la Patria"

Ciudad de México, a 15 de Junio de 2020

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Delegación D.F. Sur

PRESENTE

Por medio del presente, manifiesto que **NO EXISTE INCONVENIENTE** en que se lleve a cabo el protocolo de investigación: "ASOCIACION ENTRE POLIFARMACIA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28" en la unidad a mi cargo bajo la responsabilidad de los investigadores Dr. Juan Luis Vega Blancas Matrícula 98389710 y Médico Residente Dr. Cervantes Román Eric Matrícula 97374490.

Se aplicarán el Test de Yesavage, para establecer el diagnóstico de Depresión y se obtendrán datos del expediente electrónico, así como un cuestionario para conocer el número de fármacos consumidos como parte del tratamiento base.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente:



Dra. Katia Gabriela Cruz Núñez
Directora UMF 28 "Gabriel Mancera"

