



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 251**

**“PREVALENCIA DE INSOMNIO EN ADULTOS MAYORES DE 60
AÑOS CON EPISODIO DEPRESIVO MAYOR EN EL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL 251”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL:

TÍTULO DE ESPECIALISTA

EN:

GERIATRÍA

PRESENTA:

GRACE CALDERÓN GODÍNEZ

TUTOR DE TESIS:

DRA. SHEREZADA MORA ENCISO

HOSPITAL GENERAL REGIONAL 251,
METEPEC, ESTADO DE MÉXICO, ENERO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“PREVALENCIA DE INSOMNIO EN ADULTOS MAYORES DE 60
AÑOS CON EPISODIO DEPRESIVO MAYOR EN EL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL 251”**

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre: M. Esp. Sherezada Mora Enciso

Área de Adscripción: Servicio de Geriátría

Lugar de trabajo: Hospital General Regional No. 251 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Metepec, Estado de México.

Teléfono de la Unidad de Atención Médica: 2 75 77 00

Correo electrónico: dramorageriatra@gmail.com

TESISTA

Nombre: M. C Grace Calderón Godínez

Área de Adscripción: Servicio de Geriátría

Lugar de trabajo: Hospital General Regional No. 251 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Metepec, Estado de México.

Teléfono: 5528934210

Correo electrónico: grace.calderon.91@gmail.com

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
**PREVALENCIA DE INSOMNIO EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS CON EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 251**

R-2021-1503-097

AUTORIZACION DE TESIS



Dra. Tania Gil Castañeda

**Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud
Hospital General Regional 251**



Dra. Martha Aurora Constantino Carmona

Profesor Titular de la especialidad de Geriatría

Hospital General Regional 251



Dra. Sherezada Mora Enciso

Investigador Principal, adscrito al servicio de Geriatría

Hospital General Regional 251



Dra. Grace Calderón Godínez

Residente de 4to año de la Especialidad de Geriatría

Hospital General Regional 251

2022



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1503
H. GRAL. ZONA MUM 58

Registro COFEPRIS 17 CI 15 104 037
Registro CONROÉTICA CONROÉTICA 15 CEI 002 1017035

FECHA Miércoles, 22 de septiembre de 2021

Dra. SHEREZADA MORA ENCISO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**PREVALENCIA DE INSOMNIO EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS CON EPISODIO DEPRESIVO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 251**" 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-2021-1503-097

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


GERARDO VARGAS SANCHEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1503

Impreso:

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	8
Introducción.....	8
Depresión de inicio en la vejez.....	9
Insomnio y depresión en la persona mayor.....	11
3. JUSTIFICACIÓN.....	14
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	18
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	18
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
6. HIPÓTESIS.....	19
7. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
7.1 Lugar de estudio.....	20
7.2 Diseño y tipo de estudio.....	20
7.3 Grupo de estudio.....	20
7.4 Criterios de inclusión.....	20
7.5 Criterios de exclusión.....	20
8. MUESTREO.....	21
9. VARIABLES.....	22
9.1 Operacionalización de variables.....	22
10. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	26
11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	27
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS EN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.....	28
13. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	32
14. RESULTADOS.....	33
15. DISCUSIÓN.....	40
16. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	43
17. CONCLUSIÓN:.....	44
18. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	45
19. BIBLIOGRAFÍA.....	46
20. ANEXOS.....	50
20.1 Carta de consentimiento informado.....	50
20.2 Hoja de recolección de datos.....	54

1. RESUMEN

“PREVALENCIA DE INSOMNIO EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS CON EPISODIO DEPRESIVO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 251”

Mora S¹, Calderón G².

Referencia de los autores:

¹ Médico Especialista en Geriatria. Servicio de Geriatria

² Residente del cuarto año de Geriatria

INTRODUCCIÓN:

Los adultos mayores de acuerdo con la OMS son un grupo poblacional que va en aumento en las últimas décadas, por lo que sus necesidades y problemáticas van cobrando cada vez más importancia para todas las áreas de la sociedad y en especial en el área médica. La prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores que viven en comunidad se describe aproximadamente del 15%; con una tasa más alta en el sexo femenino. Uno de los principales síntomas concomitantes es el insomnio con el que guarda una relación bidireccional.

Palabras Clave: depresión, insomnio, adulto mayor.

OBJETIVO: Estimar la prevalencia del insomnio en pacientes mayores de 60 años con episodio depresivo mayor en el HGR 251 Metepec en el periodo del 1 de Octubre al 30 de Noviembre de 2021.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio observacional, descriptivo, prolectivo, abierto. Se determinó la prevalencia de insomnio en episodio depresivo mayor en una muestra 39 pacientes de 60 años o más atendidos en HGR 251 de acuerdo a los criterios de DSMV para episodio depresivo mayor e insomnio

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:

Únicamente se requirió gastos en papelería, el cual fue absorbido por el grupo de investigación. El grupo de investigación cuenta con el personal capacitado y el software necesario para realizar esta investigación.

EXPERIENCIA DEL GRUPO: La doctora Mora con actividad en investigación y publicación desde hace un año.

“PREVALENCE OF INSOMNIA IN ADULTS OVER 60 YEARS OF AGE WITH MAJOR DEPRESSIVE EPISODE IN HOSPITAL GENERAL REGIONAL 251”

Mora S¹, Calderón G².

Authors reference:

1 Medical Specialist in Geriatrics. Geriatric Service

2 Resident of the fourth year of Geriatrics

INTRODUCTION:

According to the WHO, older adults are a population group that has been increasing in recent decades, so their needs and problems are becoming increasingly important for all areas of society and especially in the medical area. The prevalence of depressive symptoms in older adults living in the community is described as approximately 15%; with a higher rate in females. One of the main concomitant symptoms is insomnia with which it has a bidirectional relationship.

Keywords: depression, insomnia, older adult.

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of insomnia in patients over 60 years of age with a major depressive episode at HGR 251 Metepec in the period from October 1 to November 30, 2021.

MATERIAL AND METHODS:

Observational, descriptive, prolective, open study. The prevalence of insomnia in major depressive episode was determined in a sample of 39 patients aged 60 years or older treated at HGR 251 according to the DSMV criteria for major depressive episode and insomnia.

RESOURCES AND INFRASTRUCTURE:

Only stationery expenses were required, which was absorbed by the research group. The research group has the trained personnel and the necessary software to carry out this research.

GROUP EXPERIENCE: Dr. Mora has been active in research and publication for a year.

2. MARCO TEÓRICO

Introducción

Los adultos mayores de acuerdo con la OMS son un grupo poblacional que va en aumento en las últimas décadas, por lo que sus necesidades y problemáticas van cobrando cada vez más importancia para todas las áreas de la sociedad y en especial en el área médica. Para 2030 se espera que el número de adultos mayores de 60 años a nivel mundial aumente a 1,400 millones, y para 2050 se esperan 2,100 millones. Dentro de las áreas donde se necesita atención en los adultos mayores, la salud mental se considera una gran área de trabajo. La depresión en este grupo etario es un problema de salud pública que ha cobrado importancia en las últimas décadas no sólo por el aumento en el número de quienes la padecen, sino que existe relación con un mayor riesgo de morbilidad (1), disminución de la calidad de vida, funcionamiento físico, cognitivo y social, aumentando la mortalidad e inclusive un mayor riesgo de eventos trágicos como el suicidio. El estado depresivo mayor, en el cual el estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés/placer se consideran el núcleo del trastorno (2), es un problema frecuente de salud mental en la vejez a nivel mundial, reportándose una frecuencia entre el 1 y 4%, además de síntomas indicativos y presentaciones sindrómicas de depresión las cuales se han descrito entre el 10 y 15% respectivamente, por lo que se dificulta su identificación y manejo. De acuerdo con un reporte global publicado por la OMS EN 2017, los trastornos depresivos se clasifican como el principal contribuyente de la pérdida de salud no fatal con 7.5% de años de vida con discapacidad (3). Existen diversos métodos de evaluación para trastornos psiquiátricos como la depresión, sin embargo, el Manual de Diagnóstico de Trastornos Mentales ha sido uno de los principales trabajos impulsados por la OMS para homogeneizar los criterios diagnósticos, los cuales con el tiempo se han ido modificando con el fin de abarcar el mayor número de casos que se pueden presentar, considerando la individualidad de cada enfermedad (4). En un estudio realizado en la unidad geriátrica de trastornos del ánimo, publicado por Brodaty et al. (2001), se encontró que el 52% de pacientes hospitalizados, presentaban episodio depresivo mayor, a la edad de 60 años o más; mientras que el 71% de adultos mayores atendidos en domicilio, presentaban su primer episodio

de depresión. De acuerdo con un estudio publicado en 2019; la prevalencia actualmente se estima entre el 5 y 10% entre adultos mayores de 65 años que viven en la comunidad y se espera que sea la segunda causa principal de carga de enfermedad en dicha población en 2020 (5).

En México, la prevalencia de depresión en adultos mayores se ha estimado en datos obtenidos sobre poblaciones específicas, tales como, aquellos en pobreza extrema o que habitan en asilos, casas de día o en comunidad; variando los resultados respectivamente, en pobreza extrema desde un 45.48% en mujeres y 46.75% en hombres en adultos mayores (6); y una prevalencia del 50.7% reportada en asilos, casa de día y en población urbana, con una muestra de 75 participantes (7); recalando que la prevalencia es aún mayor a las publicaciones internacionales. En un estudio realizado en México y publicado en 2018, se determinó la prevalencia de depresión en adultos mayores a partir de 60 años con una muestra de 5,275 participantes, reportándose un 74.3% con variables específicas importantes como la edad, nivel de escolaridad, estado civil y ocupación; siendo así, el estudio realizado en México con mayor población hasta el momento y con una mayor prevalencia reportada (8). El último reporte publicado por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) en 2019 basado en un estudio realizado en el primer nivel de atención se reporta depresión en mayores de 60 años con una presentación del 15 al 20% en la población ambulatoria, con un incremento del 25 a 40% en institucionalizados (9).

Depresión de inicio en la vejez

Es importante recalcar que su aparición por primera vez en la vejez, la cual se describe en la literatura como de inicio tardío considerándose a la edad de 60 años o después, difiere a la que se observa en jóvenes y adultos (de inicio temprano) en aspectos muy importantes como la etiología, la respuesta al tratamiento y su pronóstico (10).

Dan Blazer, conocido por su trabajo pionero sobre la depresión en la vejez en los años 90's, desafió cinco mitos y conceptos erróneos comunes sobre el trastorno

depresivo mayor y los adultos mayores. Uno de los mitos más comunes es que la depresión en la vejez es causada con mayor frecuencia por factores psicológicos, ya que se suele retratar al adulto mayor como deprimido, solitario, preocupado por la discapacidad y la muerte; fomentando la idea de que es una etapa de la vida inherentemente depresógena (11).

Las diferencias que se han identificado, es que los pacientes con inicio en la juventud o mediana edad presentan antecedentes familiares de depresión de manera frecuente en comparación con adultos mayores con depresión; lo que concluye que la aparición de este trastorno tiene una influencia genética, además de que presentan mayor prevalencia de trastornos de personalidad (12).

En cuanto a la presentación en adultos mayores, la fatiga, la alteración del sueño, el retraso psicomotor y la anhedonia son más frecuentes que en jóvenes. Se proponen variantes de depresión en la población geriátrica; una de ellas, la denominada “depresión sin tristeza ó síndrome de agotamiento” (Gallo, 1991), en el cual la fluidez verbal, denominación y el inicio y perseveración del lenguaje, se ven afectadas, incluyendo retraso psicomotor y anhedonia, con síntomas vegetativos menos graves a comparación de la presentación clásica de este trastorno mental. Los síntomas denominados menores o subsindrómicos, que no cumplen con los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, se observan con frecuencia y son causa de abatimiento funcional. El geriatra se enfrenta al difícil reto de identificar al adulto mayor con depresión ya que expresar su estado de ánimo es complicado, y se enfrenta a mitos donde se considera al estado de ánimo depresivo, la pérdida de interés y la anhedonia como parte del envejecimiento. En esta población los síntomas somáticos como el dolor o el estreñimiento son expresados con mayor facilidad y pueden llegar a evaluarse como parte de las enfermedades crónicas frecuentemente presentes en este grupo etario. A nivel cognitivo las esferas mayormente afectadas en la depresión de inicio tardío son la función ejecutiva, memoria de trabajo y el lenguaje (13).

Uno de los puntos más importantes es que aquellos adultos mayores con depresión de aparición tardía que presentan déficits cognitivos de manera simultánea sobre

todo de tipo ejecutivo tienen mayor riesgo de presentar deterioro cognitivo; además de que las enfermedades concomitantes de origen vascular como el ictus o enfermedades degenerativas como el Alzheimer cambian la presentación y los síntomas predominantes de la depresión.

Insomnio y depresión en la persona mayor

Las alteraciones del sueño se presentan de manera frecuente y conjunta con trastornos psiquiátricos con proporciones del 50% al 80%, siendo los más frecuentes el episodio depresivo mayor, trastorno de personalidad múltiple, trastorno de ansiedad e inclusive esquizofrenia. Dentro de este contexto el insomnio se considera un importante problema de salud pública (14).

El insomnio fue recientemente incluido en el Manual de Diagnóstico para Trastornos Mentales (DSM-V) lo que implica énfasis en su identificación. Se caracteriza por dificultad para iniciar o mantener el sueño o cuando el sueño que se obtiene se considera no reparador o de mala calidad, que de acuerdo al DSM-V debe cumplir todos los siguientes criterios: (1) insatisfacción con la calidad o cantidad del sueño; (2) queja de una o más de las siguientes dificultades para dormir: dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantener el sueño, despertar temprano en la mañana o sueño no reparador; (3) angustia significativa o interferencia con el funcionamiento personal en la vida diaria causada por la dificultad para dormir; (4) la dificultad para dormir ocurre al menos tres veces por semana; (5) la dificultad para dormir está presente durante al menos 3 meses; y (6) la dificultad para dormir ocurre a pesar de las oportunidades y circunstancias adecuadas para dormir.

Existen varios mecanismos que regulan y favorecen el insomnio, se ha descrito un modelo que agrupa factores predisponentes, precipitantes y perpetuadores que contribuyen al desarrollo y mantenimiento del insomnio. En cuanto a los factores predisponentes contamos con la edad o el sexo, los factores desencadenantes van a ser los eventos que coinciden con la aparición del insomnio como eventos estresantes y aquellos factores perpetuantes pueden ser comportamientos o creencias que mantienen el insomnio, como aumentar el tiempo en la cama que

conduce a un aumento de la vigilia, sueño fragmentado y variabilidad en el horario del sueño. (10)

Existe evidencia que los pacientes con depresión y trastorno del sueño presentan síntomas más graves. El insomnio persistente se considera el síntoma residual más común en pacientes con depresión siendo un predictor vital de recaída por lo que esto demuestra que al mejorar el sueño mejoraremos la evolución de la depresión y que es necesario que sea tratada como una entidad independiente (8).

En un estudio transversal publicado en agosto de 2021, con una muestra de 2695 participantes, la prevalencia de síntomas depresivos fue mayor entre los participantes con síntomas de insomnio que entre aquellos sin síntomas de insomnio (25,9 frente a 1,7%, respectivamente, $P < 0,001$) concluyendo un mayor riesgo en aquellos con síntomas depresivos. (12)

De acuerdo con un estudio publicado en 2014 donde se evaluó el insomnio agudo y su evolución a la cronicidad se percibió que aquellos con un insomnio agudo exhibieron mayor estrés, ansiedad y depresión que aquellos sin problemas del sueño. A la evaluación se encontró latencia del sueño REM reducida y una disminución de la fase N3 en aquellos que desarrollaron insomnio crónico considerándose estos dos eventos como factores de riesgo para la presentación de depresión (15).

Estudios longitudinales demuestran que el insomnio funge de diferentes maneras en el curso del paciente con depresión, ya sea como una manifestación prodrómica, como un factor de riesgo independiente y factor de mal pronóstico, siendo una relación más allá de causa-efecto por lo que se considera una relación bidireccional entre el insomnio y la depresión (7).

Los mecanismos propuestos hasta el momento en esta relación bidireccional desde el punto de vista biológico incluyen diferentes hipótesis, como la inflamación donde la deficiencia de sueño contribuye a la elevación de citocinas como IL-6 y evidencia de niveles más altos de marcadores de inflamación en pacientes deprimidos en comparación a individuos no deprimidos; otras hipótesis incluyen las vías bioquímicas a nivel cerebral, el ritmo circadiano e inclusive correlaciones genéticas

(13). En el adulto mayor esta relación bidireccional entre el insomnio y la depresión cobra fuerza, reportándose el doble de adultos mayores con depresión experimenta insomnio en comparación con adultos de mediana edad. En un metaanálisis de 34 estudios de cohortes prospectivos se estimó un riesgo relativo de 2.27 con un intervalo de confianza del 95% de desarrollar depresión en pacientes con insomnio coincidiendo con estudios publicados previamente (9).

En el paciente con insomnio y depresión la terapia cognitivo conductual es el tratamiento no farmacológico más útil. En el manejo farmacológico se espera un tratamiento de mayor duración por ser el insomnio el síntoma residual persistente más común en aproximadamente el 50% en aquellos que concluyen el tratamiento (16). Algunos antidepresivos pueden aumentar la latencia del sueño REM como los ISRS, IRSN y antidepresivos tricíclicos afectando también la continuidad del sueño. Antidepresivos de tipo sedantes contribuyen a disminuir la latencia del sueño, mejoran la eficiencia del sueño y tiene poco efecto sobre el sueño REM por lo que para considerarse beneficioso en el adulto mayor se debe tomar en cuenta la polifarmacia, interacciones farmacológicas y comorbilidades asociadas, siempre evaluando el riesgo-beneficio en este grupo etario.

Los signos de depresión a menudo pueden pasar desapercibidos en el entorno de atención primaria, especialmente durante las consultas iniciales, ya que el paciente prefiere hablar inclusive antes de la dificultad para conciliar el sueño que de síntomas depresivos por lo que todo paciente con trastorno del sueño debe ser igualmente evaluado en busca de síntomas de depresión (17).

Se demuestra la importancia de esta investigación, ya que estudios sobre depresión en adultos mayores no informan de manera sistemática las proporciones de casos de depresión de inicio tardío, así como el insomnio presente y su impacto.

3. JUSTIFICACIÓN

Tanto el insomnio y la depresión son un problema de salud pública, el cual ha cobrado relevancia con una asociación bidireccional entre sí. A pesar de que la alteración del sueño puede llegar a ser la principal queja del paciente con depresión, previamente no se consideraba como un objetivo del tratamiento, suponiendo así que este síntoma se resolvería con el tratamiento establecido sin un enfoque multidisciplinario para el manejo del trastorno del sueño presente (18).

Esta relación ha sido estudiada en adultos jóvenes, en 2018 se publicó un estudio de cohorte de 3 años (de 2011 a 2013) donde se investigó la relación entre el insomnio y el desarrollo de depresión y se demostró que, a mayor gravedad del insomnio, mayor riesgo de desarrollar depresión. Yokoyama et al en 2010 en un estudio realizado en adultos mayores demostró que el riesgo de depresión era 1.6 veces mayor en aquellos sujetos con dificultad para conciliar el sueño, sin embargo, dicha relación aún no ha sido estudiada en adultos mayores. (19).

Esta interacción entre insomnio-depresión es conflictiva, siendo ambas entidades merecedoras e una atención integral para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Los mecanismos propuestos de la relación entre este trastorno del sueño y la depresión incluyen algunas hipótesis que vale la pena desarrollar. La hipótesis de la inflamación mencionada previamente nos dice que la disminución del sueño aumenta los niveles de citocinas inflamatorias activando el sistema nervioso simpático y la vía de señalización B adrenérgica, activando la expresión de genes inflamatorios altamente relacionadas con la aparición de síntomas depresivos, influyendo al mismo tiempo sobre el sueño, aunque los mecanismos específicos de interacción aún se desconocen.

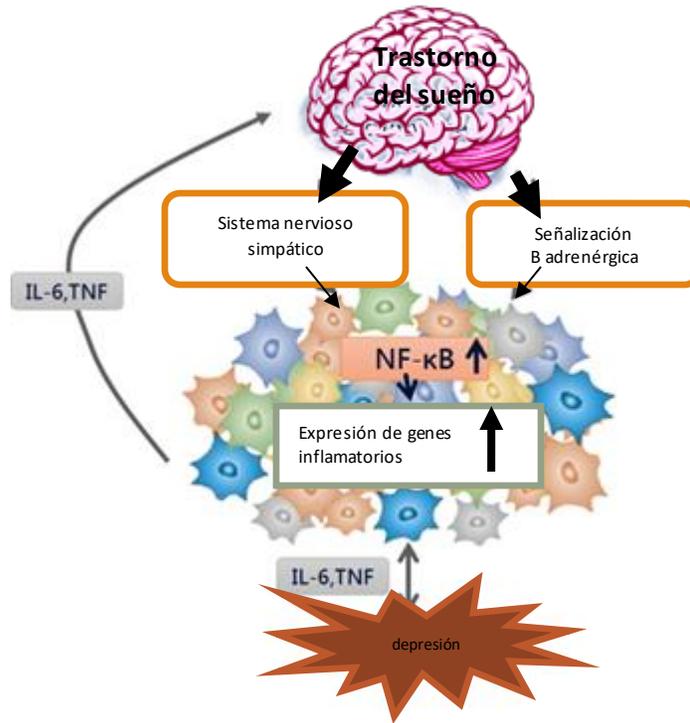


Figura 1. Tomado y modificado de: Fang, H., Tu, S., Sheng, J., & Shao, A. *Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms, and treatment. J Cell Mol Med. 2019; 23(4), 2324-2332.*

Otra de las hipótesis desarrolladas se basa en las vías bioquímicas involucradas con el ciclo del sueño. En adultos con diagnóstico de episodio depresivo mayor se ha visto niveles de metabolitos de norepinefrina y serotonina disminuidos y la transición al sueño REM se acompaña de una rápida disminución de monoaminas en específico norepinefrina y dopamina junto a un aumento del tono colinérgico regulando así el sueño REM, sin embargo este se ve interrumpido frecuentemente en el paciente con depresión (20) (Ver figura 1).

La importancia de diagnosticar la depresión en el adulto mayor incluye el impacto en la calidad de vida y otros aspectos importantes. La tasa de suicidio en la vejez es más alta que en otra etapa de la vida, específicamente en el sexo masculino. Algunos factores de riesgo de suicidio en esta población especifican son la multimorbilidad, la falta de conexión social; existe evidencia de la relación entre la gravedad de la depresión y el suicidio consumado por lo que la identificación nos

brinda la importante oportunidad de un tratamiento adecuado, así como la prevención del suicidio en el adulto mayor (21). Los aspectos donde se ha descrito mayor impacto en los adultos mayores con depresión e insomnio son experiencia o exacerbación de sufrimiento, aumento de la morbilidad, mortalidad, desempeño diario, funcionamiento cognitivo, relaciones que perjudica la calidad de vida. (22). Lamentablemente en la práctica clínica, solo la mitad de los pacientes con depresión buscan tratamiento para el insomnio y tres cuartas partes recaerán en algún momento de la vida por lo que es fundamental priorizar la prevención haciendo énfasis en un manejo adecuado de este trastorno del sueño inclusive en pacientes aún si síntomas depresivos (23). Es importante a la hora de evaluar esta relación insomnio-depresión considerar los posibles factores de confusión, como son el antecedente de problemas psiquiátricos, abuso de alcohol y drogas o problemas de salud física como la apnea obstructiva del sueño que se consideran limitaciones importantes a la hora de estimar la asociación (24).

La alteración del sueño es un síntoma que genera angustia con impacto en la calidad de vida de los padecen depresión. En un estudio realizado en Reino Unido a adultos con depresión, se encuestó alrededor de 2800 personas con diagnóstico de depresión y se les preguntó sobre la dificultad para dormir. El 97% de ellos informó problemas para dormir, del cual 69% reportó solo sufrir insomnio y 21% insomnio mixto/hipersomnia, alrededor del 59% indicó que el sueño deficiente afectaba su calidad de vida (25).

Se requieren investigaciones que orienten el abordaje y tratamiento del insomnio y la depresión de manera simultánea por lo que la evidencia del impacto en la calidad de vida es un punto de soporte para investigaciones futuras; es por esto que se plantea la búsqueda de insomnio a través de los criterios de insomnio por DSM V en pacientes con criterios de episodio depresivo mayor.

La identificación de insomnio en pacientes atendidos en la unidad identificados con episodio depresivo mayor permite intervenciones que repercuten en la calidad de vida de cada paciente, así como de un manejo integral, en reducir el uso de recursos de salud, así como disminuir los gastos sanitarios ya que la presencia de depresión está asociada a mayor morbimortalidad y visitas a servicios médicos.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las consecuencias que se derivan de la relación entre el insomnio y la depresión abarcan diversos ámbitos desde el mayor consumo de recursos en salud, mayor dependencia del adulto mayor, mayores eventos adversos, mayores síndromes geriátricos es de suma importancia por el incremento en la esperanza de vida, así como la conceptualización de la depresión incluyendo el insomnio: esta falta de identificación de ambas patologías en el adulto mayor afecta su calidad de vida.

Estudios longitudinales demuestran que el insomnio funge de diferentes maneras en el curso del paciente con depresión, ya sea como una manifestación prodrómica de la depresión, como un factor de riesgo independiente, factor de mal pronóstico siendo una relación más allá de causa-efecto por lo que la relación del insomnio y la depresión se considera una relación bidireccional (9). Por lo que esta relación bidireccional se requiere evidenciar.

¿Cuál es la prevalencia de insomnio en adultos mayores de 60 años con episodio depresivo mayor atendidos en el Hospital General Regional 251 en un periodo de 1 de Octubre al 30 de Noviembre de 2021?

5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

5.1 OBJETIVO GENERAL

- Estimar la prevalencia del insomnio en pacientes mayores de 60 años con episodio depresivo mayor en el HGR 251 Metepec en el periodo del 1 de Octubre al 30 de Noviembre de 2021.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- De acuerdo con la clasificación de insomnio, identificar el tipo de insomnio más frecuente que se presenta en la población de estudio.
- Determinar las variables demográficas relacionadas al insomnio y la depresión como el predominio por el sexo o el estado civil.

6. HIPÓTESIS

Existe una alta prevalencia de insomnio en adultos mayores de 60 años con episodio depresivo mayor en el Hospital General Regional 251 IMSS Metepec

HIPÓTESIS NULA

La prevalencia de insomnio no es alta en adultos mayores de 60 años con episodio depresivo mayor en el Hospital General Regional 251 Metepec

7. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Lugar de estudio: Hospital 251 IMSS Metepec

7.2 Diseño y tipo de estudio: Estudio observacional, prolectivo ya que la información se recolectó de acuerdo con los criterios del investigador, transversal pues las variables son resultados de una única medición, descriptivo, sin direccionalidad y abierto ya que el investigador conoce las condiciones de aplicación de la maniobra.

7.3 Grupo de estudio: Hombres y mujeres de 60 años o más atendidos en el HGR251 IMSS Metepec

7.4 Criterios de inclusión: Pacientes de 60 años o más atendidos por cualquier causa con estado de conciencia íntegro para responder las preguntas del cuestionario seleccionadas.

7.5 Criterios de exclusión: Pacientes de 60 años o más con las siguientes características: antecedente de episodio depresivo mayor previamente identificado en la juventud o edad media, deterioro cognitivo mayor, alteración del estado de conciencia que le impida responder cuestionario seleccionado.

8. MUESTREO

a. Tamaño de la Muestra

El universo de trabajo de la muestra lo representaron todos los pacientes de 60 años y más atendidos en el HGR 251 Metepec en el periodo del 1 de Octubre al 30 de Noviembre de 2021.

Un tamaño de muestra significativa para esta población sería de 365 adultos mayores de 60 años realizándose diagnóstico de depresión. La fórmula utilizada para el cálculo de la muestra es la siguiente;

$$\text{Tamaño de Muestra} = Z (95\%)^2 * (p (.5)) * (1-p (.5)) / c (.04)^2$$

$$\text{Tamaño de Muestra} = 365$$

Donde:

Z = Nivel de confianza (95% o 99%)

p = .5

c = Margen de error (.04 =±4)

9. VARIABLES

9.1 Operacionalización de variables

Variable independiente

Nombre	Trastorno depresivo mayor
Definición Conceptual	Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer que se vuelve crónico y recurrente.
Definición Operacional	Los criterios diagnósticos de acuerdo con DSM-5 son: A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. 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 casi todos los días. 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días. 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

	<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo.</p> <p>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.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.</p>
Tipo de Variable	Cualitativa
Escala de Medición	Dicotómica

Variable dependiente

Nombre	Insomnio
Definición Conceptual	Dificultad persistente en el inicio del sueño, su duración, consolidación o calidad que ocurre a pesar de la existencia de adecuadas circunstancias y oportunidad para el mismo y que se acompaña de un nivel significativo de malestar o deterioro de las

	áreas social, laboral, educativa, académica, conductual o en otras áreas importantes del funcionamiento humano
Definición	Los criterios diagnósticos de acuerdo con DSM-5 son:
Operacional	<p>A. Predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes:</p> <p>Dificultad para iniciar el sueño. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador.)</p> <p>Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la intervención del cuidador.)</p> <p>Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.</p> <p>B. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>C. La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.</p> <p>D. La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de tres meses.</p> <p>E. La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.</p> <p>F. El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (p. ej., narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, una parasomnia).</p>

G. El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).

H. La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio.

Especificar si:

Con trastorno mental concurrente no relacionado con el sueño, incluidos los trastornos por consumo de sustancias

Con otra afección médica concurrente

Con otro trastorno del sueño

Especificar si:

Episódico: Los síntomas duran como mínimo un mes pero menos de tres meses.

Persistente: Los síntomas duran tres meses o más.

Recurrente: Dos (o más) episodios en el plazo de un año.

Tipo de Variable	Cualitativa
Escala de Medición	Dicotómica

10. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se llevó a cabo el análisis de una base de datos elaborada con la información obtenida en el periodo esperado del 1 Octubre al 30 de Noviembre de 2021. La base de datos contiene información recabada a través del cuestionario formulado que incluye las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, puntaje de Yesavage así como el resultado de la evaluación de los criterios de diagnóstico de episodio depresivo mayor e insomnio de acuerdo al DSM V. En la población de estudio se incluyó a todos los pacientes de 60 años o más atendidos en el HGR 251 Metepec tanto en consulta externa como hospitalización. Para obtener la información se elaboraron las definiciones operativas de las variables y criterios de elegibilidad. Se evaluó las variables de estudio y la integración de la base de datos en programa estadístico para concluir la consistencia de los datos. Se estimó la prevalencia del insomnio en adultos mayores con episodio depresivo mayor de recién diagnóstico (de inicio tardío). Después de recolectar los datos en diciembre 2021 y enero 2022 se procedió al análisis de resultados por parte de los investigadores para la presentación de estos en un informe general a jefatura de Enseñanza del HGR 251 y para su difusión de acuerdo con la difusión por parte de dicha jefatura.

11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se aplicó estadística descriptiva

Análisis exploratorio: Se construyó una base de datos a partir de la información obtenida del registro de evaluación de pacientes mayores de 60 años en hospitalización del Hospital General Regional 251 Metepec, donde, de acuerdo con las definiciones operacionales, se definió la presencia de episodio depresivo mayor y posteriormente la presencia de insomnio.

Análisis Descriptivo: Se realizó la programación de acuerdo con las variables del estudio y la integración de la base de datos con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 22. Se realizó el análisis, sometiendo la información a evaluación estadística. Los resultados se presentan en el reporte general de la investigación.

El reporte de prevalencia final se realizó a través de la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia de insomnio} = \frac{\text{Número de sujetos con insomnio}}{\text{Número total de sujetos con estudiados}}$$

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS EN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

El presente protocolo de investigación fue sometido a evaluación y aceptación por el comité de ética en investigación. Este estudio evaluó la prevalencia de insomnio en pacientes adultos mayores de 60 años atendidos en el Hospital General Regional 251 Metepec.

Riesgo del estudio:

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, el riesgo de este proyecto corresponde a un RIESGO MÍNIMO de tipo psicológico considerando que las personas mayores de 60 años pertenecen a una población vulnerable en materia de salud pública, sin embargo, la relación riesgo-beneficio es aceptable ya que se maximiza el beneficio tanto para el participante de la investigación como para la sociedad.

Apego a las normas éticas:

Los procedimientos que se realizaron en esta investigación se apegan a las normas éticas vigentes nacionales e internacionales, el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud, y a la declaración de Helsinki realizada en la Asamblea Médica Mundial y su última enmienda. El presente protocolo de investigación respeta el principio de autonomía ejercido a través del consentimiento informado donde se explica el procedimiento, el uso de información para beneficio y el participante decide de manera autónoma su participación o no en la presente investigación. Se respeta el principio de no maleficencia recalando la obligación del investigador de no infringir daño intencionalmente expresada también en el juramento Hipocrático. Se maximiza el principio de beneficencia tomando en cuenta el impacto positivo que tiene la presente investigación en hacer visible un problema de salud pública como lo es la depresión y el insomnio en una población poco estudiada y por lo tanto con tan pocas publicaciones respecto a este tema y el impacto que se genera. Los cuestionarios que se realizarán para esta investigación fueron recolectados y conservados de acuerdo con los lineamientos institucionales con estricta privacidad de información.

Consentimiento informado:

Todos los participantes incluidos en el protocolo de investigación entendieron la importancia y finalidad de una carta de consentimiento informado, así como, la resolución de dudas que surgieron en lo referente al estudio antes de firmarla, el documento fue entregado y solicitado a cada uno de los participantes. En esta carta, se empleó un lenguaje sencillo y accesible para los participantes, poniendo de manifiesto su libre decisión de participar o permanecer en el estudio sin que esto afectó o demeritó la atención que recibieron en el Instituto Mexicano del Seguro Social como se establece en la declaración de Helsinki 2013.

Contribuciones y beneficio a los participantes:

El participar en este estudio no generó ningún beneficio económico para los participantes, sin embargo; la intención del presente estudio es generar información científica útil y aplicable en la atención en salud ya que la población geriátrica es una población específica poco estudiada en todos sus ámbitos; al momento de la revisión de este tema es evidente que la información al respecto es insuficiente. El objetivo del investigador es abrir un campo de investigación que beneficie a los adultos mayores en investigaciones futuras.

Balance riesgo/beneficio:

La información fue obtenida por un método que no condiciona riesgo alguno a la integridad y salud del participante, con beneficios que tendrán impacto favorable a los adultos mayores derechohabientes reafirmando que se siguen los principios éticos de respeto, justicia, beneficencia descritos en el informe Belmont de 1979. El balance de este protocolo se decanta hacia el beneficio lo que permite su ejecución.

Confidencialidad:

Los datos de aquellos que aceptaron participar en este estudio son mantenidos en confidencialidad total. A los participantes se les asignó un número personal con el que se identificó cada cuestionario. Los datos completos se encontrarán disponibles

para los investigadores responsables del protocolo actual. Los investigadores manifiestan su obligación de no revelar la identidad de los participantes, durante la realización de la investigación y durante la divulgación de los resultados.

Obtención del consentimiento informado:

La carta de consentimiento informado de todos los participantes fue obtenida por parte del tesista Grace Calderón Godínez respaldado por el investigador principal. El proceso de solicitud se llevó cabo antes de la obtención de la información de las variables de estudio, se acudió a cama y atención en consulta externa de las personas mayores de 60 años atendidos en el Hospital General Regional 251 Metepec valorando signos vitales inicialmente y estado neurológico íntegro de manera inicial, procurando un ambiente tranquilo donde se resolvieron dudas sobre la participación en el estudio en el cual quedó plasmada la información en un lenguaje sencillo y fácil de comprender, siendo la participación por voluntad propia sin acción de ningún tipo como está establecido en el informe Belmont 1979. Al aceptar el adulto mayor de 60 años participar se le otorgó un consentimiento firmado donde se encuentra el nombre, apellidos y firma de quien solicita con la fecha asignada.

Selección de participantes:

Se seleccionó a adultos mayores de 60 años que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación, la selección se realizó con equidad y justicia, sin ningún tipo de discriminación de tipo social, física, política, religiosa, género o preferencia sexual. A pesar de que el grupo de edad de estudio se considera una población vulnerable, la información se otorgó de manera sencilla y detallada respetando los principios éticos ya descritos sin generar manipulación o coerción.

Beneficios al final del estudio:

Los beneficios de estudio tienen un carácter estrictamente científico y no se persiguen beneficios lucrativos de ninguna manera para los participantes.

Aspectos de Bioseguridad:

Como la obtención de información fue a través de un cuestionario, el cual es un instrumento no invasivo no tiene implicaciones de bioseguridad, que pongan en riesgo la salud o la integridad física del personal de salud, o las y los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, o afecte al medio ambiente, evitando todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental como lo dicta el código de Nuremberg 1947.

Recursos, financiamiento:

Los recursos necesarios fueron cubiertos por el tesista, y de requerirse algunos adicionales se hubieran gestionado en la estancia correspondiente.

Factibilidad:

Este proyecto fue factible porque se requirió de una mínima inversión y se tuvo la capacidad y experiencia para llevarlo a cabo.

Difusión de los Resultados:

La publicación de los resultados es de carácter interno y/o en revistas científicas que estará disponible para consulta por personal del área médica.

Conflicto De Interés

Los investigadores declaran ningún conflicto de interés para la realización de este estudio.

13. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos

Investigador principal y tesista.

Tesista: Grace Calderón Godínez, residente del cuarto año de la especialidad de Geriátría en el Hospital General Regional 251. Será encargada de realizar la base de datos con los registros realizados a través de las entrevistas con los pacientes hospitalizados mayores de 60 años, responsable del análisis de datos y llevar a cabo la corrección que el asesor otorgue.

Director de tesis: Doctora Sherezada Mora Enciso, médico especialista en Geriátría adscrita al hospital general regional 251 de Metepec. Será responsable de la evaluación-corrección del documento final.

Recursos físicos:

Para la elaboración del presente trabajo de investigación fue necesario el uso de computadora, impresora, memoria USB, hojas blancas, bolígrafo.

Recursos financieros:

El equipo de cómputo, software y papelería fueron proporcionados por los investigadores y no se requirieron recursos del IMSS adicionales a lo que destinó para la atención de los pacientes.

Factibilidad

Este proyecto fue factible porque se requirió de una mínima inversión y se tuvo la capacidad y experiencia para llevarlo a cabo.

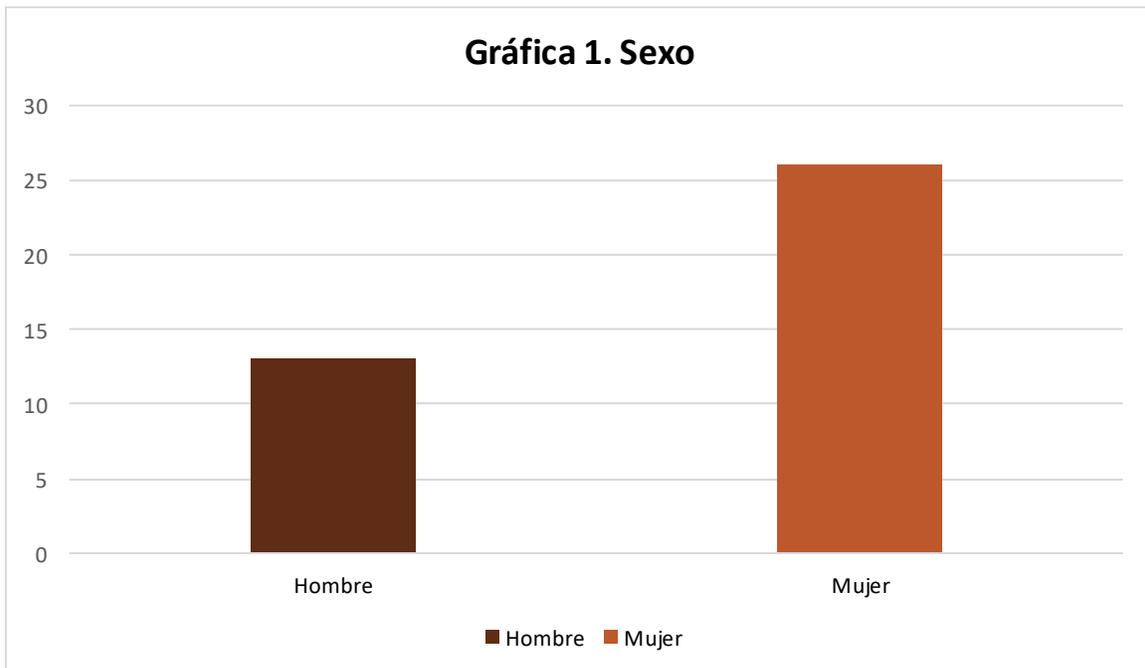
Aspectos de bioseguridad

Como la obtención de información fue a través de un cuestionario, el cual es un instrumento no invasivo no tiene implicaciones de bioseguridad, que pongan en riesgo la salud o la integridad física del personal de salud, o las y los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, o afecte al medio ambiente, evitando todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental como lo dicta el código de Nuremberg 1947.

14. RESULTADOS

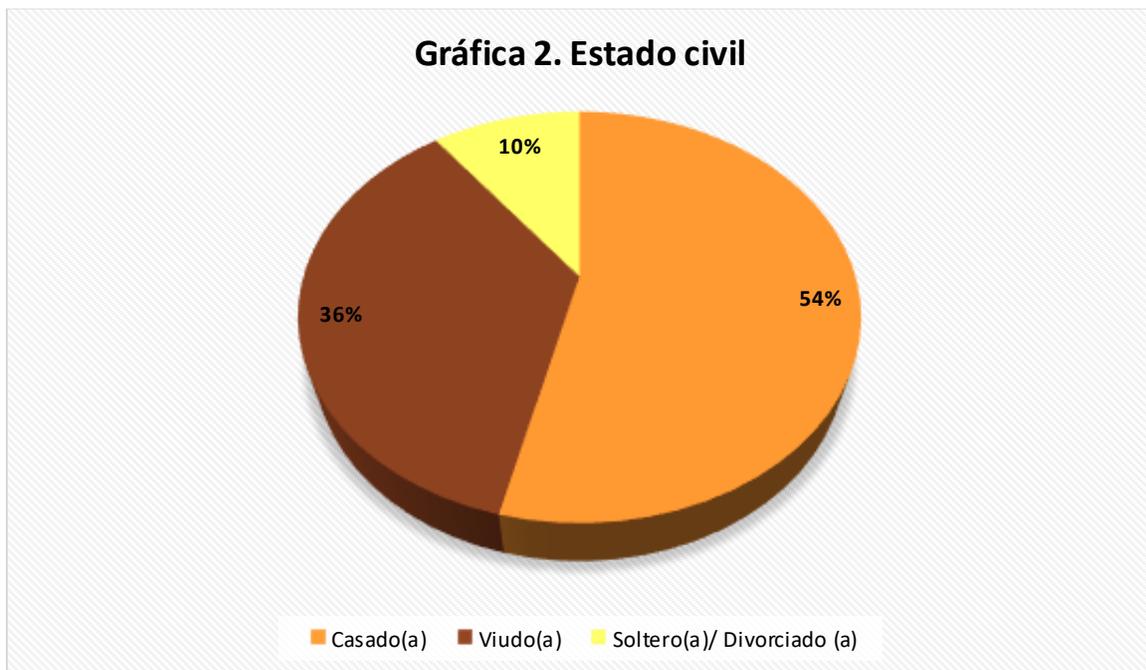
Se abordó a pacientes de 60 años o más atendidos en el HGR dentro del tiempo establecido descartando a aquellos que no aceptaron participar en el estudio o con criterios de exclusión. Los pacientes fueron evaluados de forma presencial, obteniéndose una muestra final de 39 pacientes haciendo diagnóstico de episodio depresivo mayor, de los cuales 26 fueron mujeres (67%) y 13 hombres (33%), con una edad media de 70.4 años, edad mínima de 61 años y máxima de 84 años (ver tabla y gráfica 1).

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	13	33.3
Mujer	26	66.7
Total	39	100.0



De esta población 21 pacientes (53.8%) se encontraban casados, 14 viudos (35.9%) y 4 solteros o divorciados (10.3%). (Ver tabla y gráfica 2)

Tabla 2. Estado Civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Casado (a)	21	53.8
Viudo(a)	14	35.9
Soltero(a)/ Divorciado(a)	4	10.3
Total	39	100.0



Se obtuvo una prevalencia de insomnio con un intervalo de confianza del 95%, del 59% con 23 pacientes cumpliendo criterios para insomnio (Ver gráfica 3). Específicamente el tipo de insomnio más frecuente fue el insomnio de inicio en 10 pacientes (43.7%), seguido de insomnio de fragmentación en 9 pacientes (39.1%) y de tipo de mantenimiento en 4 pacientes (17.3%) (Ver tabla 3, gráfica 4).

Gráfica 3. Insomnio en episodio depresivo mayor

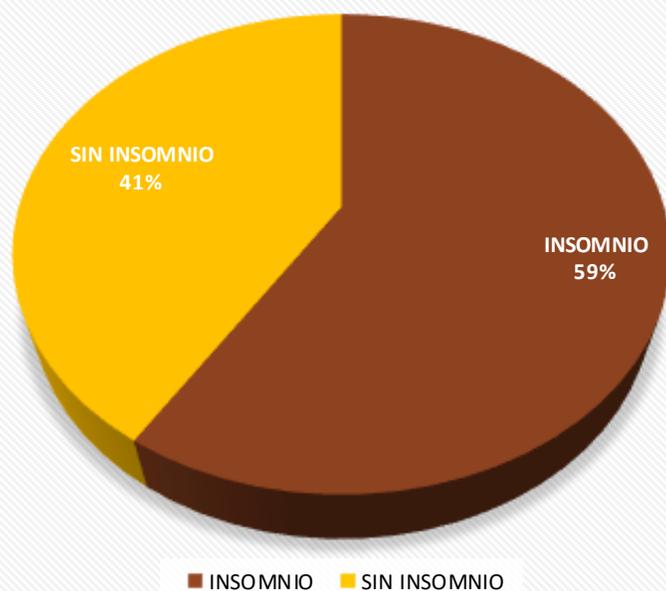
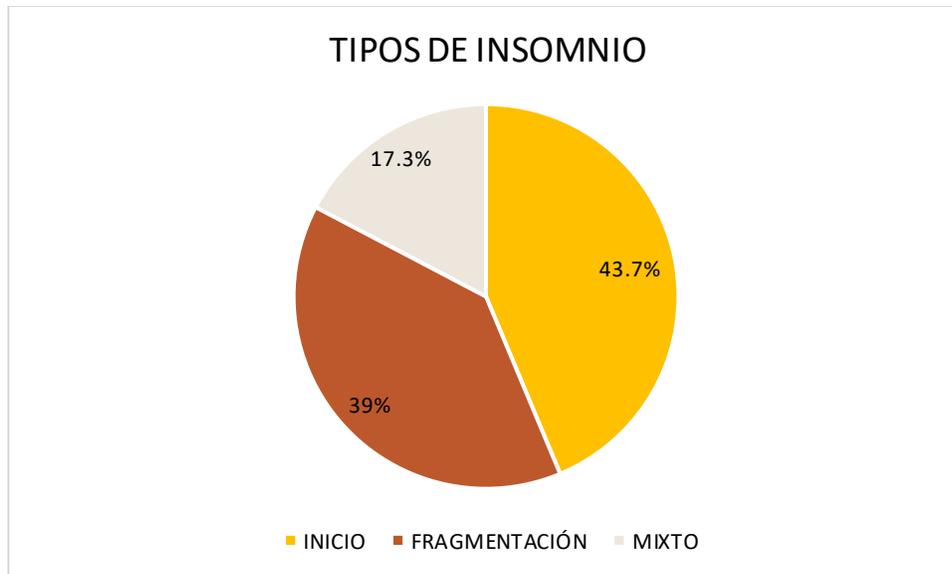


Tabla 3. Tipos de insomnio

	Frecuencia	Porcentaje
Inicio	10	43.7%
Fragmentación	9	39 %
Mixto	4	17.3%
Total	23	100%



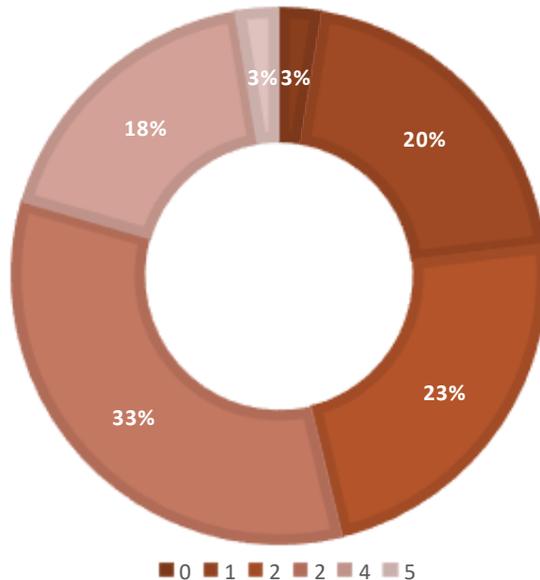
En lo que respecta a la variable del número de comorbilidades (ver tabla 4, gráfica 5). se encontraron distribuidas en:

- 3 enfermedades con 33.3%,
- 2 enfermedades en 23.1%,
- 1 enfermedad en 20.5%,
- 4 enfermedades en 17.9% y
- 5 enfermedades en 2.6%;

Tabla 4. Número de comorbilidades

#	Frecuencia	Porcentaje
0	1	2.6
1	8	20.5
2	9	23.1
3	13	33.3
4	7	17.9
5	1	2.6
Total	39	100.0

Gráfica 5. Número de comorbilidades



Del total de enfermedades las más frecuentes fueron Hipertensión arterial sistémica en 69%, Diabetes mellitus tipo 2 en un 59% y Enfermedad renal crónica en un 23.1% (Ver tabla 5).

Tabla 5. Enfermedades crónicas

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	27	69.2%
Diabetes Mellitus	23	59%
Enfermedad Renal crónica	9	23.1%
Cardiopatía	5	12.8%
EPOC	5	12.8%
Cáncer	5	12.8%

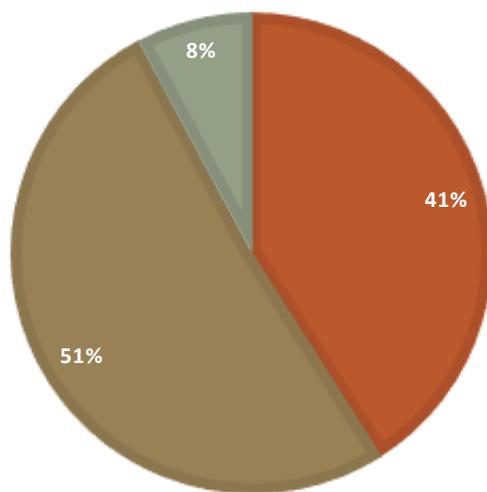
En cuanto al número de fármacos en uso al momento del estudio con una media de fármacos de 4.15 fármacos y por grupos se encontró que (gráfica 6)

- 51.2% usaba de 3 a 9 fármacos,
- 41% de 0 a 2 fármacos y
- 7% más de 10 fármacos

Tabla 6. Número de fármacos		
No. De fármacos	Frecuencia	Porcentaje
0	5	12.8
1	3	7.7
2	8	20.5
3	6	15.4
4	1	2.6
5	3	7.7
6	3	7.7
7	6	15.4
8	1	2.6
10	1	2.6
11	1	2.6
17	1	2.6
Total	39	100.0

Gráfica 6. Número de Fármacos

■ 0-2 Fármacos ■ 3-9 Fármacos ■ más de 10 fármacos



De los cuáles el 17.3% de pacientes con insomnio aceptaron usar benzodiacepinas siendo el tipo más frecuente clonazepam con un tiempo de uso mayor de 6 meses.

15. DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo describir la prevalencia de insomnio en el contexto de episodio depresivo mayor de inicio tardío en personas mayor de 60 años atendidos en el Hospital General Regional 251. El insomnio tiene una relación compleja con el episodio depresivo mayor y su presentación puede estar influenciada por diversos factores; presentándose como un factor precipitante para depresión o bien como un factor perpetuador, siendo descrito como uno de los síntomas más recidivantes en personas con episodio depresivo mayor (8). Las comorbilidades y el uso de ciertos fármacos se asocian a su presentación, siendo descrito como insomnio secundario. El insomnio idiopático es el menos descrito con una presentación del 2 a 4%, sin embargo, hasta el 2021 no se encontró un estudio que describiera la prevalencia del insomnio en episodio depresivo mayor en esta población específica.

En el presente estudio, los resultados del análisis demuestran una prevalencia de insomnio del 59% comparado con el descrito en enfermedades psiquiátricas en general hasta del 66.7%, sin que se tome en cuenta a personas mayores específicamente, además de que el trastorno de insomnio ha sido reportado en personas mayores en general del 30% al 48%. En este sentido el insomnio como parte de la manifestación del episodio depresivo mayor presenta una alta prevalencia en nuestra población de estudio, a pesar de ser poco reportada. Dentro del tipo más frecuente de insomnio encontrado es el insomnio de conciliación con un 43.7%, seguido del insomnio de fragmentación y mixto el cual también incluye el insomnio de mantenimiento con una menor frecuencia del 17.3%. Al comparar lo que se ha encontrado en estudios, el tipo de insomnio más reportado es el de mantenimiento hasta el 50% al 70%, seguido del tipo de conciliación en un 35% al 60%. En un estudio realizado en 6800 pacientes de 65 años o mas se observo una incidencia de síntomas de insomnio hasta 5% al año y con una incidencia del 7.9% al año de seguimiento, este comportamiento en el estudio se debe principalmente al tamaño de la muestra.

Dentro de los hallazgos en las variables demográficas encontramos una edad media de presentación de 70.4 años con predominancia en el sexo encuestado de 23 pacientes y cumpliendo criterios para insomnio en 16 de ellas (69%) a comparación del sexo masculino en 13 pacientes de los cuales 7 de ellos (53.8%) con criterios para insomnio, coincide con la prevalencia del sexo descrita tanto para episodio depresivo mayor como trastorno de insomnio. Del estado civil se encontró que el 53.8% del total de encuestados se encontraban casados, seguidos de viudez en un 35.9%, específicamente dentro de aquellos con diagnóstico de insomnio 52.1% y 34.7% respectivamente. Este hallazgo no es coincidente con los hallazgos realizados durante la investigación científica que podría estar justificado por el tamaño de la muestra actual y que se considera el estado civil más frecuente dentro de la población atendida por parte de la institución. Respectivamente a la presentación de insomnio, suele considerarse un síntoma secundario la mayoría de las veces, por lo que es necesario identificar factores predisponentes y precipitantes como son enfermedades crónicas y sus descompensaciones, además del uso de fármacos llevando a la presentación o a la perpetuación del insomnio. Por esto mismo al investigar el número de enfermedades frecuentes se encontró una media de 2 enfermedades siendo en frecuencia mayormente la presentación de 3 enfermedades en un 33.3%, 2 enfermedades en un 23.1% con repercusión clínica. En cuanto a las enfermedades crónicas más frecuentes se halló la hipertensión arterial sistémica y la diabetes en un 69.2% y 59% respectivamente, así como enfermedad renal crónica en un 23.1%. De acuerdo con el número de fármacos que se consumen, la media de medicamentos fue 4 fármacos, observándose que el 51.2 % del total de la población usaban de 3 a 9 fármacos; la relevancia clínica de este hallazgo es que diversos medicamentos se han relacionado con el ciclo de sueño, provocando o perpetuando el insomnio, como lo son el uso de diuréticos, betabloqueadores y calcio antagonistas frecuentemente usados en este grupo de comorbilidades. Dentro del grupo de pacientes con insomnio se reportó que el 17.3% tenían uso de benzodiazepinas de más de 6 meses, asociado con cambios en el ciclo del sueño y mayores efectos adversos. El uso de este grupo de medicamentos en insomnio, aunque frecuente, es poco recomendado. Este estudio es replicable y se justifica ya que hasta el momento dentro de la literatura científica

no se encontró la prevalencia de insomnio en pacientes mayores con episodio depresivo mayor, siendo necesario para entender aún mejor las implicaciones que conlleva. Además, se requieren intervenciones no solo en la enfermedad índice sino en uno de los síntomas más relevantes como es el insomnio, que debe entenderse como una entidad que repercute de manera directa e independiente en la evolución del paciente. Los problemas clínicos que surgen al término de este estudio sería poder evaluar en esta misma población al que se le ha descrito como “el gigante geriátrico silencioso” ; la ansiedad, ya que las bases fisiopatológicas de estas tres entidades están íntimamente relacionadas, además que, de acuerdo al manejo no farmacológico y farmacológico otorgado a través de este hallazgo, valorar la respuesta o la resistencia al manejo médico descrito en diversos estudios. Otro tema de interés en este grupo de estudio sería evaluar la presentación de demencia sobre todo de origen vascular, al correr del tiempo en aquellos pacientes con presentación tardía del episodio depresivo mayor la cual se ha descrito hasta tres veces mayor en comparación con los que no lo padecen.

16. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Nos encontramos con limitaciones al momento del estudio, ya que, tanto en consulta externa como en hospitalización al explicarse metodología del estudio, varios pacientes se negaron a participar. Personas mayores en hospitalización se encontraban en delirium o bajo ventilación mecánica no cumpliendo los criterios de inclusión además de que algunos otros cumplían con criterios de inclusión y estaban dispuestos a participar, al momento de la evaluación se encontraban con dolor agudo o en duelo por pérdida de la salud o inclusive por pérdida de familiares reciente por los que no se les consideró dentro del estudio y repercutió para el número de la muestra y el análisis estadístico.

17. CONCLUSIÓN:

El insomnio presenta una alta prevalencia en el episodio depresivo mayor de inicio tardío. La relación compleja del insomnio y depresión necesitan ser observadas en mayor número de estudios con tamaños de muestra significativos para evaluar su asociación inclusive con las comorbilidades más frecuentes en la persona mayor, ya que los estudios que existen actualmente no reflejan el insomnio como un síntoma de importancia a tratar y en muchas ocasiones las alteraciones del sueño del adulto mayor son poco tomadas en cuenta a la hora de un abordaje. Este trabajo buscó hacer visible la problemática y la importancia de mayores aportaciones para tratar adecuadamente y en forma, ya que esto impacta en la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes

18. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Metepec, Estado de México
10 de Septiembre 2021

ASUNTO: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y CARTA COMPROMISO DE ENVÍO DE INFORMES TÉCNICOS

ACTIVIDADES	2021													2022
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	
DELIMITACION DEL TEMA	XX	XX												
ELABORACION DEL PROTOCOLO			XX	XX	XX									
ENVÍO ANTE SIRELCIS PARA SU AUTORIZACIÓN						XX	XX	XX						
RECOLECCION DE INFORMACION														
ENVÍO DE INFORMES TÉCNICOS														
ANALISIS DE RESULTADOS														
PUBLICACIÓN DE RESULTADOS														
INFORME TECNICO DE CIERRE														

Planeado	
Realizado	XX

“El investigador responsable se obliga a presentar ante el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) los informes de seguimiento técnico semestral en los meses de (Junio y Diciembre) y una vez que el estudio haya sido terminado presentara el informe de seguimiento técnico final, así como los informes extraordinarios que se requieran sobre el avance del protocolo hasta la terminación o cancelación de este”.

Atentamente



Investigador (a) Responsable

19. BIBLIOGRAFÍA

1. Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009; Volumen (5): 363-389.
2. Stern TA. Tratado de Psiquiatría Clínica. Massachusetts General Hospital. Segunda edición: Elsevier; 2018. 324-329. Trastornos del estado de ánimo: trastornos depresivos (trastorno de depresión mayor).
3. Mental Health and Substance Use. Depression and Other Common Mental Disorders. World Health Organization; 2017.
4. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Medica Panamericana; 2018.
5. Flores-Padilla L, Ramirez-Martínez F R, Trejo-Franco J. Depresión en adultos mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un Programa Social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. *Gac Med Mex.* 2016;152:439-43.
6. Peña Marcial E, Bernal Mendoza L, Reyna Avila L. Depresión en adultos mayores, un estudio comparativo en Guerrero. *Ciencia y Humanismo en la Salud* 2019, Vol. 6, No 1, pp.14-21.
7. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas C, Irigoyen-Coria A La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. 2012. *Arch Med Fam.* 14 (1) 5-13.
8. Levenson, J. C., Kay, D. B., & Buysse, D. J. The pathophysiology of insomnia. *Chest.* 2015; 147(4), 1179–1192

9. De los Santos P V, Carmona Valdés S E. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. PSM. 2018. Vol 15 (2). 1-2
10. Sözeri-Varma G. Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging Dis.* 2012 Dec; 3(6): 465–471.
11. Haigh EAP, Bogucki OE, Sigmon ST, Blazer DG. Depression among older adults: A 20-year update on five common myths and misconceptions. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2018;26(1):107–22.
12. Choi YH, Yang KI, Yun C-H, Kim W-J, Heo K, Chu MK. Impact of insomnia symptoms on the clinical presentation of depressive symptoms: A cross-sectional population study. *Front Neurol.* 2021;12:716097.
13. Seow, L., Verma, S. K., Mok, Y. M., Kumar, S., Chang, S., Satghare, P., Hombali, A., Vaingankar, J., Chong, S. A., & Subramaniam, M. Evaluating DSM-5 Insomnia Disorder and the Treatment of Sleep Problems in a Psychiatric Population. *J Clin Sleep Med.* 2018 Feb 15; 14(2): 237–244.
14. Li, L., Wu, C., Gan, Y., Qu, X., & Lu, Z. Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry.* 2016; 16: 375.
15. Nutt, D., Wilson, S., & Paterson, L. Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues Clin Neurosci.* 2008 Sep; 10(3): 329–336.
16. Ellis, J. G., Perlis, M. L., Bastien, C. H., Gardani, M., & Espie, C. A. (2014). The natural history of insomnia: acute insomnia and first-onset depression. *Sleep.* 2014 Jan 1; 37(1): 97–106.

17. Boland, E. M., Goldschmied, J. R., Wakschal, E., Nusslock, R., & Gehrman, P. R. An Integrated Sleep and Reward Processing Model of Major Depressive Disorder. *Behav Ther.* 2020 Jul;51(4):572-587
18. Sadler, P., McLaren, S., Klein, B., & Jenkins, M. Advancing cognitive behaviour therapy for older adults with comorbid insomnia and depression. *Cogn Behav Ther.* 2018 Mar;47(2):139-154.
19. Fujieda, M., Uchida, K., Ikebe, S., Kimura, A., Kimura, M., Watanabe, T., Uchimura, N. Inquiring about insomnia may facilitate diagnosis of depression in the primary care setting. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2017 Jun;71(6):383-394.
20. Fang, H., Tu, S., Sheng, J., & Shao, A. Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *J Cell Mol Med.* 2019; 23(4), 2324-2332
21. Nishitani, N., Kawasaki, Y. & Sakakibara, H. Insomnia and depression: risk factors for development of depression in male Japanese workers during 2011–2013. *Int J Public Health.* 2018 Jan;63(1):49-55.
22. Franzen PL, Buysse DJ. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues Clin Neurosci.* 2008;10(4):473-81.
23. Kay, D. B., Dombrovski, A. Y., Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Begley, A., & Szanto, K. Insomnia is associated with suicide attempt in middle-aged and older adults with depression. *Int Psychogeriatr.* 2016 Apr; 28(4): 613–619.

24. Fernandez-Mendoza, J., Shea, S., Vgontzas, A. N., Calhoun, S. L., Liao, D., & Bixler, E. O. Insomnia and incident depression: role of objective sleep duration and natural history. *J Sleep Res.* 2015 Aug 1;24(4):390-398.

25. Li, M. J., Kechter, A., Olmstead, R. E., Irwin, M. R., & Black, D. S. Sleep and mood in older adults: coinciding changes in insomnia and depression symptoms. *Int Psychogeriatr.* 2018 Mar; 30(3): 431–435.

20. ANEXOS

20.1 Carta de consentimiento informado



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

**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (adultos)**

Nombre del estudio:	“PREVALENCIA DE INSOMNIO EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS CON EPISODIO DEPRESIVO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 251”
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno, no aplica
Lugar y fecha:	Metepec, Estado de México a ____ de _____, Hospital General Regional 251
Número de registro institucional:	R-2021 x
Justificación y objetivo del estudio:	Deseamos medir el numero o proporción de la población de adultos mayores de 60 años que presentan depresión e insomnio los cuales se encuentran hospitalizados en el hospital general regional 251 Metepec. Usted ha sido invitado a participar porque de acuerdo con su historial o características personales es usted un buen candidato y así como usted será invitadas x personas más que comparten algunas características. Por favor lea la información y haga las preguntas que desee antes de decidir si participará o no en la investigación.
Procedimientos:	Si usted decide participar ocurrirá lo siguiente: Se le realizarán unas preguntas sobre su historial médico, posteriormente se le realizará una encuesta donde usted misma elegirá las posibles respuestas, de acuerdo a su opinión, de contar con los diagnósticos de insomnio o depresión al momento del interrogatorio se le otorgará una cita de seguimiento a consulta externa para una evaluación adecuada.
Posibles riesgos y molestias:	El tiempo estimado del cuestionario es de 5 a 10 minutos donde algunas preguntas pueden generar incomodidad al responder frente a personas desconocidas por lo que se sugiere de privacidad o si usted lo desea puede estar presente el familiar responsable durante el interrogatorio, no implica algún otro procedimiento. Se considera RIESGO MÍNIMO de acuerdo con la Ley General de salud, artículo 17.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted: los beneficios directos para usted en caso de contar con los diagnósticos de depresión e insomnio será atención médica a través de la consulta externa, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En caso de encontrar diagnóstico de depresión e insomnio se otorgará hoja de referencia a consulta externa para seguimiento y abordaje.
Participación o retiro:	Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.
	Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.

Privacidad y confidencialidad:

Declaración de consentimiento:

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

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se me realice el cuestionario.

Si acepto participar y que se me realice el cuestionario y envié a consulta externa de ser requerido para mi seguimiento y manejo. .

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

Investigadora o Investigador Responsable: M. Esp. Dra. Sherezada Mora Enciso, domicilio: Árbol de la Vida No. 501, Colonia Bosques de Metepec, Código Postal 52140, Metepec, Estado de México, teléfono 7222351046. Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, horario de 8:00 a 14:00 hrs, o bien puede acudir a esta unidad con domicilio tal en mismo horario y días.

Colaboradores: Dra. Grace Calderón Godínez, domicilio: Árbol de la Vida No. 501, Colonia Bosques de Metepec, Código Postal 52140, Metepec, Estado de México, teléfono 7222351046. Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, horario de 8:00 a 14:00 hrs, o bien puede acudir a esta unidad con domicilio tal en mismo horario y días.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud 15038, Hospital General de Zona No. 58 del IMSS: Blvd. Manuel Ávila Camacho, fraccionamiento Las Margaritas, Colonia Santa Mónica, Tlanepantla de Baz, Toluca, Estado de México, CP 54050. Teléfono (55) 53974515 extensión 52315, de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 16 horas

Nombre y firma del participante

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (padres o representantes
legales de niños o personas con discapacidad)**

Nombre del estudio:	“PREVALENCIA DE INSOMNIO EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS CON EPISODIO DEPRESIVO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 251”
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno, no aplica
Lugar y fecha:	Metepec, Estado de México a ____ de _____, Hospital General Regional 251
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Deseamos medir el numero o proporción de la población de adultos mayores de 60 años que presentan depresión e insomnio los cuales se encuentran hospitalizados en el hospital general regional 251 Metepec. Su familiar ha sido invitado a participar porque de acuerdo con su historial o características personales es un buen candidato y así como él/ella, será invitadas más personas que comparten algunas características. Por favor lea la información y haga las preguntas que desee antes de decidir si participará o no en la investigación.
Procedimientos:	Se le realizarán a su familiar preguntas sobre su historial médico, posteriormente se le realizará una encuesta donde se elegirá las posibles respuestas, de acuerdo a su opinión, de contar con los diagnósticos de insomnio o depresión al momento del interrogatorio se le otorgará una cita de seguimiento a consulta externa para una evaluación adecuada.
Posibles riesgos y molestias:	El tiempo estimado del cuestionario es de 5 a 10 minutos donde algunas preguntas pueden generar incomodidad al responder frente a personas desconocidas por lo que se sugiere de privacidad o si lo desea puede estar presente el familiar responsable durante el interrogatorio, no implica algún otro procedimiento. Se considera RIESGO MÍNIMO de acuerdo con la Ley General de salud, artículo 17.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted; los beneficios directos en caso de contar con los diagnósticos de depresión e insomnio será atención médica a través de la consulta externa, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En caso de encontrar diagnóstico de depresión e insomnio se otorgará hoja de referencia a consulta externa para seguimiento y abordaje.
Participación o retiro:	La participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede

abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.

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 el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por _____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigador Responsable:

M. Esp. Dra. Sherezada Mora Enciso

Arbol de la Vida No. 501, Colonia Bosques de Metepec, Código Postal 52140, Metepec, Estado de México, teléfono 7222351046. Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, horario de 8:00 a 14:00 hrs, o bien puede acudir a esta unidad con domicilio tal en mismo horario y días

Colaboradores:

Dra. Grace Calderón Godínez

Arbol de la Vida No. 501, Colonia Bosques de Metepec, Código Postal 52140, Metepec, Estado de México, teléfono 7222351046. Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, horario de 8:00 a 14:00 hrs, o bien puede acudir a esta unidad con domicilio tal en mismo horario y días.

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 15038, Hospital General de Zona No. 58 del IMSS: Blvd. Manuel Ávila Camacho, fraccionamiento Las Margaritas, Colonia Santa Mónica. Tlalnepantla de Baz, Estado de México, CP. 54050. Teléfono (55) 53974515 extensión 52315, de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 16:00 hrs., Correo electrónico: comite.etica15038@gmail.com

Nombre y firma del participante

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



20.2 Hoja de recolección de datos
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



Fecha de encuesta: _____ Número de Afiliación _____

Nombre del participante: _____ Sexo: _____

Edad _____ Estado Civil _____

Criterios de episodio depresivo mayor de acuerdo con DSM-V:

A Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica. 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.) 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.) 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento). 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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. Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

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 episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pue-den atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Criterios de insomnio de acuerdo con DSM-V:

A. Predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes:

Dificultad para iniciar el sueño.

Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar

Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.

B. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.

D. La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de tres meses.

E. La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.

F. El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (p. ej., narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, una parasomnia).

G. El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).

H. La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio.

Especificar si:

Con trastorno mental concurrente no relacionado con el sueño, incluidos los trastornos por consumo de sustancias

Con otra afección médica concurrente

Con otro trastorno del sueño

Especificar si:

Episódico: Los síntomas duran como mínimo un mes pero menos de tres meses.

Persistente: Los síntomas duran tres meses o más.

Recurrente: Dos (o más) episodios en el plazo de un año.

Tipo de insomnio presente: ___ De inicio___ De fragmentación ___ Despertar temprano

1. CUMPLE CRITERIOS DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR DE ACUERDO CON DSM-5:

SI NO

2. CUMPLE CRITERIOS DE INSOMNIO DE ACUERDO CON DSM-5:

SI NO

ELABORÓ: _____

FIRMA: _____