

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 77, SAN AGUSTÍN
ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO

**DEPRESION Y CONTROL HIPERTENSIVO EN ADULTOS
MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CYNTHIA GUADALUPE MACÍAS PÉREZ

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO.

2022



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



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.

**DEPRESION Y CONTROL HIPERTENSIVO EN ADULTOS
MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CYNTHIA GUADALUPE MACÍAS PÉREZ

AUTORIZACIONES:



DRA. GLORIA MENDOZA LÓPEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 77



DRA JESSICA LOZADA HERNANDEZ
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS



DRA JESSICA LOZADA HERNANDEZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DR. SABINO CARLOS MARABEL HARO
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR



DELEG. DEL ESTADO DE MEXICO ORIENTE
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN
Y ENLACE INSTITUCIONAL
EDUCACIÓN EN SALUD



DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD DELEGACIÓN MÉXICO
ORIENTE



**DEPRESION Y CONTROL HIPERTENSIVO EN ADULTOS
MAYORES CON HIPERTENSION ARTERIAL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CYNTHIA GUADALUPE MACÍAS PÉREZ

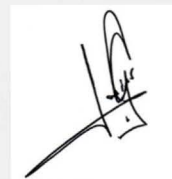
AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



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



ÍNDICE

I.	MARCO TEÓRICO	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
III.	JUSTIFICACIÓN.....	8
IV.	OBJETIVOS.....	9
IV.I.	GENERAL.....	9
IV.II.	ESPECÍFICOS.....	9
V.	HIPÓTESIS.....	9
VI.	METODOLOGÍA.....	10
VI.I	TIPO DE ESTUDIO.....	10
VI.II	POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	10
VI.III	TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	10
VI.IV	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN.....	11
VI.V.	INFORMACIÓN A RECOLECTAR	12
VI. VI.	MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	15
VI.VII	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	15
VII.	RESULTADOS.....	17
VIII.	DISCUSIÓN	22
IX.	CONCLUSIONES	23
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
XI.	ANEXOS.....	30

I. MARCO TEÓRICO

DEPRESIÓN

La etapa del adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad, en México la OMS considera a una persona mayor de edad a partir de los 60 años. ¹

El 25% de las personas mayores de 65 años de edad, padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión el más frecuente.¹ Se reconoce que la depresión es el cuarto factor que más contribuye a la carga mundial de morbilidad, para 2020, se prevé que la carga de la depresión represente el 5,7% de la carga total de enfermedad. ²

En DSM-IV define la depresión se define como un trastorno afectivo acompañado de un conjunto de síntomas de intensidad y duración variable caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; y dificulte sensiblemente la capacidad para afrontar la vida diaria.¹ Aproximadamente 350 millones de personas en el mundo padecen depresión. ³

La depresión geriátrica es más común en los hogares de ancianos, se correlaciona estadísticamente con la edad y se ve afectada por los años de educación, el número de hijos, si el anciano está postrado en cama o no, la frecuencia de visitas por miembros de la familia y si el anciano realiza actividades fuera del hogar de ancianos.⁴

Es probable que la depresión provoque un aumento del 5,7% en la carga mundial de enfermedad para 2020 y se convierta en la principal causa de discapacidad en todo el mundo para el año 2030. ⁵

Para realizar un correcto proceso diagnóstico de la depresión se utiliza como herramienta el test de Yesavage, el cual es un test heteroaplicable y de fácil resolución, que fue desarrollado en 1983 por Yesavage JA et al. ⁶

El objetivo principal de esta escala, que consta de 30 preguntas autoinformadas, es contener preguntas fáciles de responder para personas mayores. Mientras califica esta

escala que comprende preguntas con solo “sí” o “no” como respuestas, se otorga 1 punto a cada respuesta que sugiere depresión y 0 a las otras respuestas, y la puntuación final se considera como la puntuación de depresión. ⁷

También está el formulario corto (GDS-15): La validez y confiabilidad de este formulario de 15 preguntas fue realizada en 1991 por Burke et al. para facilitar su uso, que indagan sobre el estado de ánimo del paciente. Las respuestas se dan en función de los sentimientos de la última semana; las respuestas están en forma de “sí” o “no” al igual que en la forma larga, y se le da 1 punto a la respuesta “sí” o a la respuesta “no” dependiendo de la pregunta. ⁸

Los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina son utilizados como primera opción, aunque los inhibidores de la receptación de aminas “heterocíclicos”, inhibidores de la monoaminoxidasa (IAMOs) Y RIMA también pueden ser utilizados. ⁵

Se recomienda la psicoterapia para pacientes con depresión de leve a moderada. Muchos pacientes mayores necesitan las mismas dosis de medicación antidepresiva que se utilizan para los pacientes adultos más jóvenes. ⁹

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA

La hipertensión es la presión arterial elevada de lecturas sistólica, diastólica o ambas, en el adulto mayor es la misma que para otras edades, aunque, se hace la distinción de hipertensión arterial sistólica mayor a 140mmHg con presión diastólica y mayor o igual a 90 mm Hg. ²

Figura 1. ¹

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Optima	< 120	< 80
Normal	120 - 129	80 - 84
Normal alta	130 - 139	85 -89
Hipertensión grado 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensión grado 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensión grado 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	< 90

LA PA sistólica depende tanto del rendimiento del ventrículo izquierdo como de la rigidez de la aorta y las grandes arterias, y la presión arterial diastólica está determinada por la resistencia periférica, las propiedades viscoelásticas de las arterias y la duración diastólica.¹⁰

Según estadísticas en USA el 67% de los mayores de 60 años tiene hipertensión arterial.¹¹ Estimaciones recientes indican que 874 millones de adultos mayores en todo el mundo tienen una PAS de 140 mm Hg o más, dadas las tendencias demográficas y la prevalencia creciente de hipertensión con el aumento de la edad (79% de los hombres y 85% de las mujeres > 75 años tienen hipertensión).¹²

Los hombres y las mujeres difieren en la prevalencia, la conciencia y la tasa de control de la hipertensión en función de la edad. Los estudios sugieren que los cambios en las hormonas sexuales juegan un papel fundamental en la fisiopatología de la hipertensión en mujeres posmenopáusicas.¹³

La hipertensión es una de las enfermedades crónicas más graves y una de las principales causas de mortalidad y discapacidad. Para 2025, se espera que 29% de la población mundial tenga esta enfermedad.¹⁴

Para el tratamiento se utilizan; diuréticos, bloqueadores de los canales de calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) y bloqueador del receptor de angiotensina (BRA) y bloqueadores beta también se recomiendan para el tratamiento de pacientes de edad avanzada, aunque para decidir que tratamiento llevara nuestro paciente, debemos asegurarnos de que haya más beneficios que riesgos en el tratamiento.¹⁵

Los diuréticos se recomiendan como uno de los medicamentos de primera línea por las pautas, pero muchos pacientes ancianos desarrollan hipotensión, desequilibrio electrolítico o fatiga con ellos. Los ARA se pueden probar como segunda opción en la mayoría de los pacientes.¹⁰

DEPRESION E HIPERTENSION ARTERIAL

La depresión es una comorbilidad común entre los pacientes con hipertensión. Los pacientes con hipertensión y depresión tienen peores resultados de salud en comparación con aquellos sin depresión. ¹⁶

Al evaluar la depresión entre los ancianos, es importante recordar que, aunque muchos ancianos tienen síntomas depresivos, no cumplen los criterios de depresión mayor. Debido a estas complejidades, la depresión en los ancianos a menudo se clasifica en términos generales como depresión mayor y no mayor. ¹⁷

Los síntomas más representativos en ancianos son la tristeza, soledad, sentimientos de rechazo, sensación de vacío, alteraciones del sueño, idea suicida, enlentecimiento motor y del pensamiento. ¹⁸

La depresión clínica o el trastorno depresivo es una comorbilidad común entre las personas con hipertensión y los estudios epidemiológicos han demostrado una mayor co-ocurrencia de depresión con hipertensión ¹, así como la presencia de hipertensión arterial es un factor de riesgo importante para la salud mental. ¹⁹

Existe una asociación entre la hipertensión y los síntomas depresivos, pero esto varía según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Así, los individuos con <1 año desde el diagnóstico tienen una mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos. ³ Al igual que los pacientes con otras afecciones médicas crónicas, los pacientes hipertensos experimentan muchas emociones intensas que aumentan su riesgo de desarrollar depresión. ²⁰ Un estudio realizado por Adamis y col. encontró que la incidencia de hipertensión aumentó en pacientes con depresión, y el estado de ánimo depresivo se asoció con aumento de los niveles de presión arterial. ²¹ En otro estudio realizado por Friedman, el rasgo de depresión fue la variable más importante a la hora de discriminar entre hipertensos y normotensos, así como también se ha hallado que cuanto mayor es el grado de depresión en estos pacientes, mayores son sus cifras de presión arterial. ²²

Los mecanismos fisiológicos subyacentes a la relación entre la depresión o la ansiedad y la PA probablemente involucran el efecto del sistema nervioso simpático. Los datos disponibles en la actualidad muestran que la activación simpática es una característica

específica de la hipertensión esencial y puede desempeñar un papel patógeno en esta enfermedad.²³

La depresión y la hipertensión se presentan con frecuencia juntas en la práctica clínica. La evaluación de la interacción entre la depresión y la hipertensión ayudaría a las partes interesadas a comprender mejor el valor de la prevención de la depresión en la atención primaria.²⁴

Las personas mayores con depresión tienen una mayor probabilidad de reportar niveles más altos en su presión arterial, y niveles más bajos de calidad de la vida. Sexo femenino, bajo nivel educativo, inactividad física, se asocian de forma significativa e independiente con los síntomas de depresión y esto a su vez lleva a los adultos mayores a un mayor descontrol en sus niveles de TA.²⁵

La depresión puede enmascarar o imitar los síntomas de enfermedades médicas crónicas y los medicamentos contra la depresión pueden interactuar farmacológicamente con los medicamentos antihipertensivos, complicando el tratamiento y dando como resultado un mal pronóstico. Estos hallazgos enfatizan la importancia de abordar la depresión en pacientes con hipertensión.²⁶

La recepción de dos o más fármacos antihipertensivos se asocia también con síntomas depresivos. La monoterapia antihipertensiva (todos los agentes) ni una sola clase de antihipertensivos se asocian con síntomas de depresión, ansiedad o ansiedad y depresión mixtas.²⁷

El cuidado de los adultos mayores con depresión y enfermedad cardiovascular debe incluir intervenciones sobre el estilo de vida y factores psicológicos. La prevención y tratamiento de la depresión debe ser parte del manejo integral de las enfermedades cardiovasculares en el adulto mayor.²⁸

Muchos estudios han informado los efectos negativos de la depresión sobre la adherencia a la medicación antihipertensiva. Se ha demostrado que los pacientes geriátricos con depresión disminuye la capacidad para tomar activamente sus medicamentos.²⁹ Si no se trata en conjunto, puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social.³⁰

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se calcula que alrededor de 285 millones de personas en el mundo padecen hipertensión arterial y esta cifra aumentará a 439 millones para 2030.³⁰ La hipertensión es una afección muy prevalente, que se presenta en un tercio de los adultos del mundo y en dos tercios de los adultos mayores de 65 años.⁶

Las personas con hipertensión experimentan con mayor frecuencia sintomatología depresiva, lo cual contribuye a un inadecuado automanejo de la enfermedad, que implica tareas como: la toma de la medicación, asistir a las consultas médicas, el conocimiento de signos y síntomas, además de la toma de decisiones.³⁰ La prevalencia total del trastorno depresivo mayor en la población geriátrica, oscila entre 1,2 % y 9,4 %. Si se incluyen también los individuos con síntomas depresivos que no satisfacen criterios para depresión mayor la prevalencia aumenta a cifras que llegan hasta el 49 %. La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores.³¹

La hipertensión asociada a depresión es preocupante, si se considera que las enfermedades crónicas afectan el bienestar y calidad de vida de quienes las padecen, limitan a las personas en su cotidianidad y sus prácticas culturales; además, se sabe que quienes las padecen experimentan estados emocionales negativos como la sintomatología depresiva, dando como resultado un peor estado de salud.³⁰

En un estudio realizado por Andrés Vázquez et.al. en 222 pacientes hipertensos del Hospital Central de Nampula en Cuba, la frecuencia de síntomas depresivos fue de 40,5 %. El 42,8 % tenía una pobre adherencia a la medicación antihipertensiva, la que se asoció significativamente con la presencia de síntomas depresivos y necesidad de un tratamiento psicofarmacológico.³²

De acuerdo con Ponce et. al en un estudio que realizó en pacientes geriátricos ya diagnosticados con hipertensión arterial, la depresión estuvo presente en el 54% de los casos y posterior a realizar actividades para disminuir la depresión baja a un 30%.¹⁵ En otro estudio realizado por Yaxing Zhang et. al, en el hospital de Xuan Wu, mencionan que los síntomas de depresión se asociaron con una mayor incidencia de hipertensión y que la prevalencia de depresión en pacientes hipertensos fue del 40.1%.⁶

La terapia ocupacional trata de disminuir o compensar las deficiencias cognitivas, perceptivas o motoras para que el paciente neurológico alcance el mayor grado posible de funcionalidad y de autonomía.³³

En las unidades médicas del primer nivel de atención, la evaluación clínica del paciente con hipertensión arterial para tamizar la detección de depresión es prioritaria, siendo definida como una relación de síntomas que tienen en común la desvaloración de la vida y no poder satisfacer las actividades que experimenta día a día, por lo que influye en el adulto mayor por ser constante, grave y deteriorar la actividad de la persona.³⁴

De tal manera que el tamizar esta patología resulta una acción en salud que debe realizarse de manera exhaustiva y sistematizada por el médico familiar, quien es un profesional de la salud especialista en la prevención y que puede utilizar herramientas útiles, para la prevención y tratamiento oportuno de la depresión, y así poder aumentar la calidad de vida en nuestros pacientes, así como reducir costos en el sistema de salud.³⁵

III. JUSTIFICACION

Las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión representa uno de los mayores retos para los sistemas de salud. La prevalencia nacional de hipertensión reportada en 2016 fue de 25.5%, y cabe destacar que el 40% no tenía conocimiento que vivía con esta enfermedad.³⁰

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 25 % de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, en tanto el más frecuente es la depresión.³⁶ En términos generales, más del 50% de la población mexicana sufre por lo menos una enfermedad crónica y más de la mitad lo desconoce.³⁰

En un estudio Europeo realizado por Paredes P y Mayra M, realizado en el Hospital de Luis Albrecht , indica que la depresión en adultos mayores se identificó con una prevalencia mundial de 12.3%, predominando el sexo femenino con 14.1% en tanto que el sexo masculino solo un 8.6%.³⁴

La depresión y la hipertensión combinadas tienen un efecto mucho más perjudicial sobre la salud que individualmente y se informa que disminuyen la calidad de vida y provocan un mayor riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.²⁴

La hipertensión con depresión se asoció con un peor estado de salud, mayor utilización de los servicios de atención médica, noches de hospitalización, y mayores gastos de atención médica.²⁵ En la carga mundial de la depresión con un 12% en los años vividos a mayores de 60 años, implica un impacto económico mundial de aproximadamente de 604 billones de dólares, en México.³⁴

Por lo que es importante estudiar a depresión y la hipertensión, ya que frecuentemente se presentan juntas en la práctica clínica y así se podría disminuir el riesgo de complicaciones futuras como las ya antes mencionadas y aunque en el IMSS existen programas para adultos mayores como GeriatrIMSS y Envejecimiento activo saludable, no hay ningún programa para adultos mayores con depresión e hipertensión arterial, que les otorgue actividades para mejorar los síntomas depresivos y el control hipertensivo, con el fin de mejorar la calidad de vida y funcionalidad en los adultos mayores.

IV.. OBJETIVOS

IV.I OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre la depresión y el control hipertensivo en adultos mayores con hipertensión arterial.

IV.II OBJETIVO ESPECÍFICO

Conocer presencia de depresión de los adultos mayores con hipertensión arterial en la Unidad de Medicina Familiar 77 mediante la aplicación de la Escala de Yesavage

Identificar el control hipertensivo de los adultos mayores con hipertensión arterial de la Unidad de Medicina Familiar 77

Identificar la edad de los adultos mayores con hipertensión arterial de la Unidad de Medicina Familiar 77.

Conocer el sexo de los adultos mayores con hipertensión arterial de la Unidad de Medicina Familiar 77

Determinar la escolaridad más frecuente de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 77

Conocer el estado civil de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 77.

Identificar la tensión arterial sistólica de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 77.

Conocer el nivel socioeconómico mediante el método de Graffar-Méndez, de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 77.

Conocer el nivel de adherencia terapéutica mediante la escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos, de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 77.

V. HIPOTESIS DE INVESTIGACION

HIPÓTESIS ALTERNA

El 40.1 % de los adultos mayores con hipertensión arterial presenta depresión, comparado con el 14.9 % de los adultos mayores con hipertensión arterial, que no presentan depresión.

HIPÓTESIS NULA

No existe asociación entre la depresión y el control hipertensivo en adultos mayores con hipertensión arterial

VI. METODOLOGÍA

VI.I Tipo de estudio

Es un estudio de tipo observacional y analítico, transversal y prospectivo.

VI.II Población, lugar y tiempo de estudio.

El universo de trabajo fueron 2420 pacientes adultos mayores, hombres y mujeres con diagnóstico de Hipertensión Arterial, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, que acudieron a los consultorios en turno matutino y vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No. 77, Ecatepec de Morelos, Estado de México, la cual es una clínica del primer nivel de atención con 37 consultorios en ambos turnos, en un periodo comprendido de Diciembre 2021 a Febrero 2022.

VI.III Tipo de muestra y tamaño de la muestra.

Con una población total de 2420 personas portadoras de hipertensión arterial mayores de 60 años, el investigador responsable utilizó la técnica de muestreo de selección no aleatoria con muestreo por cuota, por lo que se seleccionaron a los sujetos de esta investigación que acudieron a consulta médica en el periodo ya establecido y así se incorporó un grupo de adultos mayores con hipertensión y depresión y otro grupo de adultos mayores con hipertensión y sin depresión.

El tamaño de muestra se realizó mediante diferencia de proporciones, considerando que la hipertensión en adultos mayores está presente en un 60%¹ y de acuerdo con Yaxing Z, et. al., la hipertensión en adultos mayores se asocia con depresión en un 40.1%, mientras que de acuerdo a De La Cruz et. al, el 14.9% no presenta depresión. El cálculo se realizó con un nivel de confianza de 95% y un error esperado del 5% con una potencia de 90.³⁷

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha} \sqrt{2 \pi_1 (1 - \pi_1)} - Z_{\beta} \sqrt{\pi_1 (1 - \pi_1) + \pi_2 (1 - \pi_2)}}{\pi_1 - \pi_2} \right)^2 x^2$$

Donde:

$$Z\alpha = (\alpha = 0.05) 1.96\sqrt{}$$

$$Z\beta = \beta = 0.10 = -1.645$$

π_1 = Proporción de grupo 1: 40.1 adultos mayores con hipertensión arterial y depresión.
0.410

π_2 = Proporción de grupo 2: 14.9 adultos mayores con hipertensión arterial sin depresión.
0.149

$\pi_1 - \pi_2$ = diferencia entre proporción de grupo 1- proporción de grupo 2, que sea clínicamente significativa: Delta: 40.1-14.9=25.2%

n

$$= \left(\frac{1.96\sqrt{2 * 0.410 (1 - 0.410)} - 1.645 \sqrt{0.410(1 - 0.410)} + 0.149(1 - 0.149)}{0.410 - 0.149} \right)^2 x^2$$

Resultado: n= 72 sujetos de estudio para cada grupo, con un total de 144 sujetos.

VI.IV. Criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de inclusión
 - Adultos con edad mayor a 60 años.
 - Con diagnóstico previo de Hipertensión Arterial
 - Derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.77
 - Que acepten participar en el estudio bajo consentimiento informado
- Criterios de exclusión
 - Pacientes con demencia, deterioro cognitivo, psicosis o esquizofrenia.
 - Adultos mayores con secuelas de Evento vascular cerebral.

VI.V Información a recolectar

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicadores
INDEPENDIENTE					
Depresión	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos. ³⁸	Es el grado de depresión, que se obtiene al aplicar la escala de Yesavage. De acuerdo a los puntajes obtenidos se expresa como: 0-5 puntos: Normal 6-9 puntos: Depresión leve >10: Depresión establecida. ¹ Categorizándose como ausente: Normal Presente: depresión leve y depresión establecida.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Ausente Presente
DEPENDIENTE					
Control Hipertensivo	Se define como la medición de los niveles de tensión arterial que determinan el tipo de control de la hipertensión. ³⁸	El control de la hipertensión se considera menor a 130 mmHg sistólica y menor a 80 mmHg diastólica. ² Categorizándose como: Ausente: Menor a 130/80 mmHg Presente : Mayor o igual 130/80 mmHg	Cualitativa	Nominal dicotómica	Ausente Presente

COVARIABLES					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento. ³⁸	Son los años cumplidos hasta la fecha actual, es el número de años que exprese el participante	Cuantitativa	Continua	Meses Años
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. ³⁸	Es el grado más alto de estudios alcanzados, es el que refiera el participante.	Cualitativa	Ordinal	Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria Universidad
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina, de los animales y plantas ³⁸ .	Son las características fenotípicas observadas en el participante, es el género que refiera el participante.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Femenino Masculino
Nivel Socioeconómico	Categoría o rango relativo a los factores socioeconómicos. ³⁸	Estatus según estilo de vida medido por Cuestionario de condición socioeconómica, categorizándose : a) 4-6 Clase I: Estrato Alto b) 7-9 clase II: Estrato Medio Alto c)10-12 Clase III: Estrato Medio Bajo d) 13-16 Clase IV : Estrato Obrera e)17-20 Clase V : Estrato Pobreza Extrema	Cualitativa	Ordinal	Clase Alta Clase media alta Clase media baja Clase obrera Pobreza extrema.
Estado Civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. ³⁸	Vínculos personales que establece la persona con otro individuo, será la que refiera el participante.	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Divorciado Viudo Concubinato

Adherencia terapéutica	Es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario. ³⁹	Grado de apego al tratamiento ya se farmacológico o no farmacológico, que se obtiene al aplicar la escala de Adherencia Terapéutica, que de acuerdo a los puntajes obtenidos, se clasifica en mala adherencia, regular adherencia o buena adherencia. Categorizándose: 1) Mala adherencia: 0-20%. 2) Regular adherencia: 40-60%. 3) Buena adherencia: 80-100%	Cualitativa	Ordinal	Mala adherencia Regular adherencia Buena adherencia
Tiempo de diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica.	Es el tiempo que ha pasado desde la primera vez que es diagnosticada la hipertensión arterial sistémica. ²	Años o meses que refiere el participante en cuanto al tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial.	Cuantitativa	Continua	Meses Años
Actividad física	Actividad o ejercicio físico, sujeto a determinadas normas, en que se hace prueba, con o sin competición, de habilidad, destreza o fuerza física. ³⁸	Es el ejercicio físico que refiere realizar el participante.	Cualitativa	Nominal dicotómica.	Ausente Presente

VI.VI Método o procedimiento para captar la información.

Los resultados se presentaron mediante tablas y gráficos, los cuales fueron realizados en el programa SPSS 25, y previo se realizó una base de datos en el programa Excel de Windows..

Para la estadística descriptiva para analizar la variable cuantitativa continua (edad y tiempo de diagnóstica de hipertensión arterial), se realizó como medida de tendencia central de acuerdo a su distribución, la media para las de distribución normal y mediana para las de libre distribución. Como medida de dispersión se realizó desviación estándar para las de distribución normal y rangos intercuartiles para las de libre distribución.

Para las variables cualitativas nominales dicotómicas (depresión, control hipertensivo y sexo) y para las variables cualitativas (escolaridad, depresión, adherencia terapéutica, nivel socioeconómico y actividad física) se realizaron frecuencias y porcentajes. Para analizar la asociación entre el variable control hipertensivo y la depresión se realizó chi cuadrada.

VI.VII Consideraciones éticas.

Este proyecto fue revisado por parte del Comité Local de Ética e Investigación en Salud No. 1401-8, con autorización del Instituto Mexicano del seguro social, quien por medio del Comité de Investigación Local y Ética en Salud, otorgaron un dictamen con numero R-2021-1401-064.

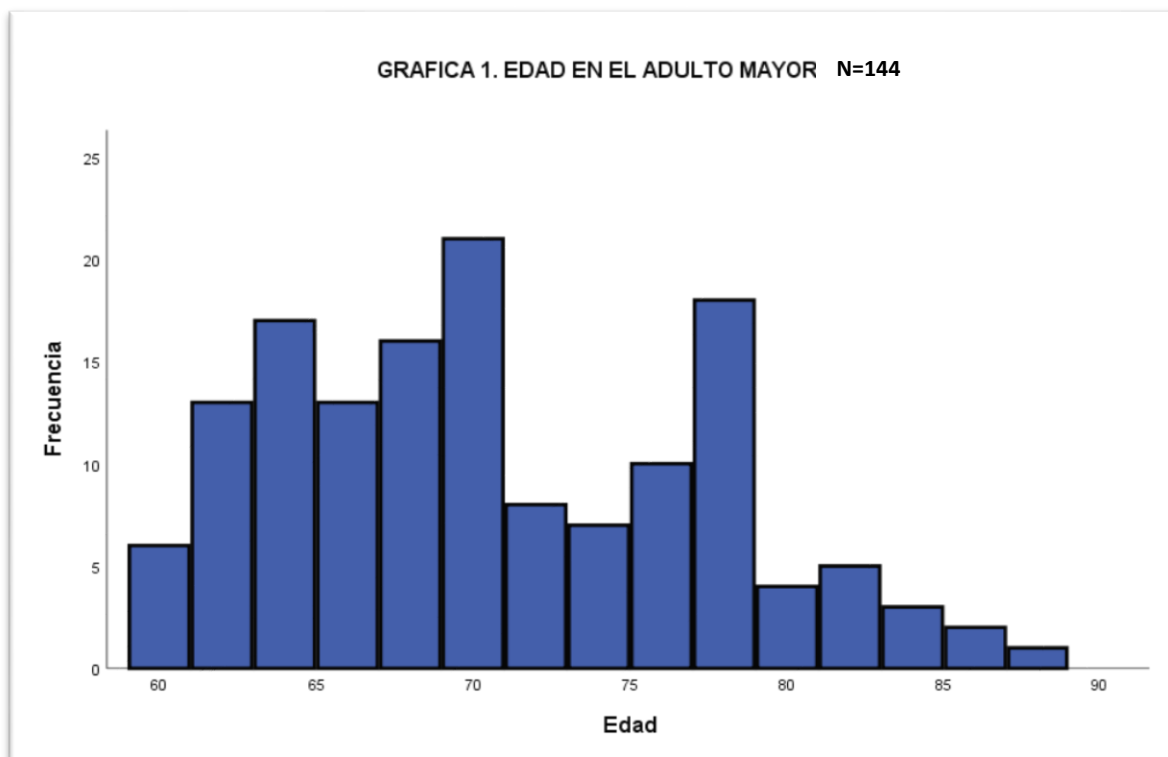
Se apegó al código de Núremberg en donde se habla por primera vez de la obligación para solicitar el Consentimiento informado,⁴⁰ de acuerdo a la Declaración de Helsinki basándonos en los principios éticos para investigación médica en seres humanos,⁴¹ el cual se basa en el informe de Belmont donde se explican estos principios, los cuales son: beneficencia, autonomía y justicia,⁴² de igual manera se siguieron las normas establecidas por la Ley general de salud en materia de investigación y de la Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares y procedimientos para la evaluación , registro enmienda y cancelación de protocolos de investigación presentados ante el comité de ética en investigación.

Para la posible realización de este estudio, se invitó verbalmente a adultos mayores que acudieron al consultorio de medicina familiar, con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica y que cumplieron con los criterios de inclusión para participar en este estudio de investigación, a todos los participantes, se les brindó información sobre el protocolo de

investigación, donde les explicamos los riesgos y beneficios que podrían obtener, por lo que se les otorgó un consentimiento informado previamente explicado, para así poder obtener su autorización voluntaria y salvaguardar su integridad en todo momento, se resolvieron dudas y se explicó los riesgos y beneficios, se hizo énfasis en que el participar era totalmente voluntario y se les recordó siempre que al no aceptar la invitación de participar en este estudio, o que si decidía retirarse en cualquier momento, no afectaría en su atención en salud. En todo momento se respetó su autonomía y se le dio un trato cordial y respetuoso, así como también se mencionó que su identidad y datos personales otorgados serían manejados de manera confidencial.

VII. RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional y analítico, transversal y prospectivo, en la Unidad de Medicina Familiar No. 77 del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se estudió una población de 144 adultos mayores (edad mayor de 60 años). En cuanto a la edad, se obtuvo una mediana de 69.5 años y un RIC de 11.8 (gráfica 1), para la tensión arterial media y tiempo de diagnóstico, una mediana de 100mmHg y 10 años respectivamente, con un RIC de 16.3 para la tensión arterial media y 10.7 para el tiempo de diagnóstico.



De acuerdo al sexo, se observó un predominio del sexo femenino con el 68.8% en comparación con el sexo masculino que fue del 31.3%. El control hipertensivo se encontró ausente en el 61.8% de los sujetos estudiados y solo el 38.2% presentaban un adecuado control. (Tabla 1)

TABLA 1. SEXO Y CONTROL HIPERTENSIVO EN EL ADULTO MAYOR (N=144)

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	45	31.3%
	Femenino	99	68.8%
Control Hipertensivo	Ausente	89	61.8%
	Presente	55	38.2%

De acuerdo al cuestionario socioeconómico de Graffar Méndez, se encontró que el 4.2% de la población se encuentra en estrato medio alto, 17.4% estrato medio bajo, 61.1% estrato obrera y el 17.4% en estrato de pobreza extrema. Así mismo se observó que solo el 27.1% realiza algún tipo de actividad física, mientras que el 72.9% no realiza ninguna. Respecto a la escolaridad se observó que el 14.6% no cuenta con ninguna escolaridad, el 5.4% concluyó la primaria, la secundaria el 20.8%, la preparatoria el 5.6% y la universidad solo el 4.2%. En cuanto a la escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos el 6.9% obtuvo como resultado regular adherencia y el 93.1% buena adherencia. Respecto al estado civil el 10.4% de la población dijo estar soltera, el 54.9% casada, el 29.2% viuda, el 1.4% divorciado y el 4.2% en unión libre. (Tabla 2)

TABLA 2. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS EN EL ADULTO MAYOR (N=144)			
Variable		Frecuencia	Porcentaje
Estado socioeconómico	Estrato alto	0	0%
	Estrato medio alto	6	4.2%
	Estrato medio bajo	25	17.4%
	Estrato obrera	88	61.1%
	Estrato pobreza extrema	25	17.4%
Actividad física	Ausente	105	72.9%
	Presente	39	27.1%
	Ninguna	21	14.6%
Escolaridad	Primaria	79	54.9%
	Secundaria	30	20.8%
	Preparatoria	8	5.6%
	Licenciatura	6	4.2%
	Posgrado	0	0%
Adherencia terapéutica	Mala adherencia	0%	0%
	Regular adherencia	10	6.9%
	Buena adherencia	134	93.1%
	Soltero	15	10.4%
	Casado	79	54.9%

Estado civil	Viudo	42	29.2%
	Divorciado	2	1.4%
	Unión libre	6	4.2%

El control hipertensivo estuvo ausente en el 80.6% de los sujetos estudiados que presentaron depresión y en el 43.1% en los que no presentaron depresión. Así mismo el control hipertensivo estuvo presente en el 19.4% de los sujetos con depresión y en el 56.9% en los sujetos sin depresión. (Gráfica 2) (Tabla 3) .Obteniendo una asociación entre la depresión y el control hipertensivo, mediante chi cuadrada de una p menor a 0.05, con lo que se rechaza la hipótesis nula.

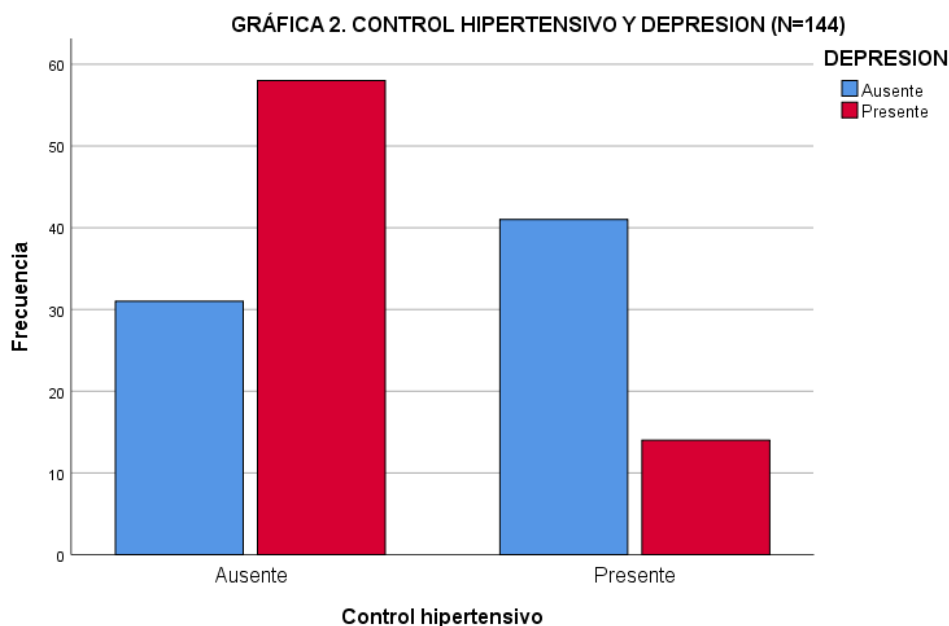


TABLA 3. CONTROL HIPERTENSIVO Y DEPRESIÓN (N=144)					
			Depresión		Total
			Ausente	Presente	
Control hipertensivo	Ausente	Frecuencia	31	58	89
		Porcentaje	43.1%	80.6%	61.8%
	Presente	Frecuencia	41	14	55
		Porcentaje	56.9%	19.4%	38.2%
Total		Frecuencia	72	72	144
		Porcentaje	100%	100%	100%

En relación a la variable sexo y depresión, se encontró un predominio en el sexo femenino con un 63.3%, mientras que el sexo masculino se presentó solo en el 34.7%, respecto a la depresión y la actividad física se encontró que el 88.9% no realiza ningún tipo de actividad física, mientras que el 11.1% si la realiza. En cuanto a la relación del estado civil y la depresión, se observó que el 13.9% se encuentra soltero, el 45.8% casado, el 31.9% viudo, el 1.4% divorciado y en un 6.9% en unión libre. De acuerdo al grado de escolaridad y depresión, se encontró que el 19.4% no presenta ninguna escolaridad, el 52.8% la primaria, el 27.8% la secundaria, 0% preparatoria, licenciatura y posgrado. Para el estrato socioeconómico y la depresión, se observó un 0% en estrato alto y estrato medio alto, 19.4% estrato medio bajo, 65.3% estrato obrero y 15.3% estrato pobreza extrema. Respecto a adherencia terapéutica y la depresión, se observó que el 0% presenta mala adherencia terapéutica, el 12.5% regular adherencia terapéutica y el 87.5% buena adherencia. (Tabla 4)

TABLA 4. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS EN EL ADULTO MAYOR CON DEPRESION (N=72)

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	25	34.7%
	Femenino	47	63.3%
Estado socioeconómico	Estrato alto	0	0%
	Estrato medio alto	0	0%
	Estrato medio bajo	14	19.4%
	Estrato obrera	47	65.3%
Actividad física	Estrato pobreza extrema	11	15.3%
	Ausente	64	88.9%
Escolaridad	Presente	8	13.9%
	Ninguna	14	19.4%
	Primaria	38	52.8%
	Secundaria	20	27.8%
	Preparatoria	0	0%
	Licenciatura	0	0%
	Posgrado	0	0%

Adherencia terapéutica	Mala adherencia	0	0%
	Regular adherencia	9	12.5%
	Buena adherencia	63	87.5%
Estado civil	Soltero	10	13.9%
	Casado	33	54.8%
	Viudo	23	31.9%
	Divorciado	1	1.4%
	Unión libre	5	6.9%

VIII. DISCUSIÓN

La mediana encontrada referente la edad y el tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial, en este estudio fue de 69.5 años y 10 años respectivamente, lo que concuerda con el estudio realizado por Dávalos Herrera y Linares Cánovas et al respectivamente, quienes encontraron como mediana respecto a la edad 76 años y 10 años de tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial en su población estudiada.^{43,44}

En este estudio realizado, la depresión estuvo presente en el sexo femenino en un 68.8%, lo cual es parecido respecto a la investigación de Consuelo de la Cruz-Mitac, que reporta una frecuencia de 74.5%.⁴⁵

Respecto al estado civil, en los sujetos con mal control hipertensivo y depresión, se observó que el 54.8% eran casados, muy similar al estudio Pozo Castro de quienes reportan que el 45.5% de sus personas estudiadas son casados.⁴⁶ En relación a la escolaridad, en este estudio se encontró que el 52.8% de los sujetos contaban con un grado escolar incompleto, similar a lo que se observa en el estudio realizado por Flores Padilla con el 62.8%.⁴⁷

En cuanto a la adherencia terapéutica se encontró con buena adherencia al 87.5% de la nuestra población estudiada, sin embargo difiere con el estudio realizado por Molina Vargas, donde mencionan que el 68% de los adultos mayores no tienen adherencia al tratamiento.⁴⁸ En un reporte realizado por Florez García, et al, mencionan el estrato socioeconómico bajo con el mayor porcentaje representado en el 44.2%, mientras que en este estudio se encontró en el 65.3%, de igual manera representando el mayor porcentaje.⁴⁹

La actividad física, en el estudio realizado, se encontró ausente en el 72.9%, similar a los resultados encontrados por Paucara Pfooori, quien refiere inactividad física en el 78.3% de su población estudiada.⁵⁰

IX.CONCLUSIONES

Se puede concluir que si existe asociación de la depresión y el control hipertensivo en adultos mayores con hipertensión arterial, por lo que se confirma la hipótesis planteada en este protocolo de estudio.

La frecuencia en los adultos mayores con hipertensión arterial sistémica con mal control y la depresión, es elevada y está relacionada al sexo femenino, al estado civil casado, escolaridad primaria, estrato socioeconómico bajo y ausencia de la actividad física.

Los profesionales de la salud, deben estar atentos a las manifestaciones clínicas que sugieran la presencia de depresión en los adultos mayores con hipertensión arterial. La utilización de la escala de Yesavage, es de muy fácil aplicación y que requiere muy poca inversión tanto en tiempo como en capacitación del personal, por lo que puede ser incluida en la consulta diaria, como parte de un diagnóstico precoz y la instauración de un plan terapéutico adecuado y a tiempo, para en caso de ser necesario, derivación oportuna a algún especialista en salud mental, lo que nos permitirá mejorar directamente en la calidad de vida de los pacientes, disminuyendo el riesgo de complicaciones a futuro y disminuyendo los costos en salud.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diagnóstico y Tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica. México, CENETEC; 2011.
2. Diagnóstico y tratamiento de Hipertensión arterial en el Adulto Mayor. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica. México, CENETEC; 2017
3. Villareal D, Bernabé A. Association between arterial hypertension and depressive symptoms: Results from population-based surveys in Peru. *Asia-Pacific Psychiatry* [Internet] 2020 [Consultado Mar 2021]; 12 (2). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/appy.12385>
4. Patra P, Alikari V, Feadelos E, et.al. Assessment of Depression in Elderly. Is Perceived Social Support Related? A Nursing Home Study. *Adv Exp Med Biol* [Internet]. 2017 [Consultado 02 Sep 2020]; 987 (3). Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-57379-3_13
5. Mahmood S, Syeda Z, Muqadus T, Iqra J, Ameer A, Majam J, et al. Prevalence and Predictors of Depression Amongst Hypertensive Individuals in Karachi, Pakistan. *Cureus*, [Internet]. 2017 [Consultado 28 Ago. 2020]; 9 (6): 11-22. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5572043/>
6. Zhang Y, Yuging Z, Lina M. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *J Clin Neurosci*. [Internet] 2018 [Consultado 20 Agosto 2020]; 47: 1-5. Disponible en :<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0967586816306282>
7. Gebre, B, Deribe B, Abeto M. Magnitude and Associated Factors of Depression Among Hypertensive Patients Attending Treatment Follow Up in Chronic OPD at Hawassa University Comprehensive Specialized Hospital, Hawassa, Southern Ethiopia. *Integr Blood Press Control*. [Internet] 2020 [Consultado 25 Ago 2020]; 13, 31–39. Disponible en : <https://doi.org/10.2147/IBPC.S240015>
8. Durmaz B, Soysal P, Hellydokuz H, et.al. Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults. *North Clin Istanb* [Internet]. 2018 [Consultado 08 Sep 2020]; 5(3): 216–220. Disponible en : <https://doi.org/10.14744/nci.2017.85047>
9. Kok R, Reynolds C. Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA* . [Internet]. 2017 [Consultado 23 Ago. 2020]; 317(20):2114–2122. Disponible en : <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2627976>

10. Asokan MD. Hypertension in the Elderly to Treat- or Not to Treat. *BMH Med. J* [Internet]. 2020 [Consultado 29 Ago. 2020]; 7 (3). Disponible en : https://babymhospital.org/BMH_MJ/index.php/BMHMJ/article/view/237/534
11. Salazar P, Rotta A, Otiniano C. Hipertensión en el adulto mayor. *Rev Med Hered* [Internet]. 2016 [Consultado 08 Ago 2020]; 27(1): 60-66. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100010&lng=es.
12. Adam S, Andrew M, Cifu A. Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *JAMA* [Internet]. 2017 [Consultado 29 Ago. 2020]; 318(21):2132–2134. Disponible en : <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2664350>
13. Digiosa P, Giorgini P, Stamerra A, et.al. Gender Differences in Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Hypertension. *Curr Atheroscler Rep* [Internet]. 2018 [Consultado 07 Sep 2020]; 20 (13). Disponible en : <https://doi.org/10.1007/s11883-018-0716-z>
14. Neupane D. Prevalence of undiagnosed depression among persons with hypertension and associated risk factors: a cross-sectional study in urban Nepal. *PLoS One*. [Internet] 2017 [Consultado 22 Ago. 2929] ;10 (2) : Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25671522/>
15. Lascano G, Comas J, Ponce S. Prevalencia de depresión en adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Chimbo diagnosticados con hipertensión arterial. *Uniandes*. [Internet]. 2018 [Consultado 15 Dic 2020]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9237>
16. Cosyaga L, Ramírez E, Pinto M, et.al. Nivel De Depresión En Personas Mayores De 65 Años Del Estado De Yucatán Según Su Contexto Social. *Rev electronica Psicología Iztacala* [internet]. 2017 [Consultado 03 Sep. 2020]; 17 (3). Disponible en : <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2014/epi143d.pdf>
17. Avasthi A, Grover S. Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly. *Indian journal of psychiatry* [Internet]. 2018 [Consultado 04 Sep 2020]; 60(I 3):341–S362. Disponible en : <https://doi.org/10.4103/0019-5545.224474>
18. Lima G, Oliveira I, Baldin L, et.al. Resiliencia, calidad de vida y síntomas depresivos entre ancianos en tratamiento ambulatorio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet].

- 2019 [Consultado 05 Sep 2020]; 27. Disponible en : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100389&lng=en
19. Matthew J, Sha A, Lamb K, et.al. Performance on the Verbal Naming Test among healthy, community-dwelling older adults. *Clin Neuropsychol.* [Internet]: 34 (5): 956-968. Disponible en : 10.1080/13854046.2019.1683232
20. Zhang B, Zhang W, Sun X, et.al. Physical Comorbidity and Health Literacy Mediate the Relationship Between Social Support and Depression Among Patients With Hypertension. *Front Public Health.*[Internet] 2020 [Consultado 02 Sep 2020] ; 8 (304) Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00304>
21. Katon W. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci.* [Internet] 2011 [Consultado 19 Abr 2021]; 13 (1): 7-23. Disponible en: 10.31887/DCNS.2011.13.1/wkaton. PMID: 21485743; PMCID: PMC3181964.
22. Espinosa R, García M, Sanz J. Factores psicosociales implicados en el control de la hipertensión arterial. *Hipertens Riesgo Vasc.* [Internet] 2012. [Consultado 08 Feb 2021]; 29 (2): 44-49. Disponible en : <http://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/93%20Factores%20psicosociales%20implicados%20en%20el%20control%20HA.pdf>
23. Scalco A, Zavaloni M, Batista J, et.al. Hypertension and depression. *Clinics* [Internet]. 2017 [Consultado 31 Ago. 2020]; 60(3): 241-250. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322005000300010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322005000300010>.
24. Shao H, Mohammed M, MIR U, et.al. Evaluating Excessive Burden of Depression on Health Status and Health Care Utilization Among Patients With Hypertension in a Nationally Representative Sample From the Medial Expenditure Panel Survey. *Journal Nerv Ment Dis* [Internet] 2017 [Consultado 25 Junio 2020] ; 205 (5) : 397-404 Disponible en: https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2017/05000/Evaluating_Excessive_Burden_of_Depression_on.9.aspx%20%20%20%20%20%20
25. De Sousa R, Rodrigues A, Gregorio M, et.al. Anxiety and Depression in the Portuguese Older Adults: Prevalence and Associated Factors. *Front Med.* [Internet]. 2017 [Consultado 02 Sep 2020]; 4 : 196.Dispoible en : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2017.00196/full>
26. Johansen A, Holmen J, Stewart R, et.al. Anxiety and depression symptoms in arterial hypertension: the influence of antihypertensive treatment. The HUNT study, Norway. *Eur J*

- Epidemiol [Internet]. 2017 [Consultado 01 Sep 2020]; 27: 63–72. Disponible en : <https://doi.org/10.1007/s10654-011-9641-y>
27. Calderón M. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered [Internet]. 2018. [Consultado 18 Feb 2021]; 29(3): 182-191. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2018000300009
28. Youn S, Mi W. Depression and medication adherence among older Korean patients with hypertension: Mediating role of self- efficacy. Int J Nurs Pract [Internet]. 2017 [Consultado 05 Sep 2020]; 23(3). Disponible en : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijn.12525>
29. Consuelo C, Quispe M, Oyola A, et al. Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general de Perú. Rev. cuerpo med [Internet]. 2017 [Consultado 10 May 2020]; 10 (4). Disponible en :
30. De León M, Peñarrieta M, León R. Relación entre automanejo y síntomas depresivos en personas con diabetes e hipertensión. UNAM ENEO. [Internet] 2019 [Consultado 24 Junio 2020]; 117 (1): 5-15. Disponible en : <http://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/681>
31. González J, García M, Valdés M, et. al. La depresión en el anciano. Rev. Npunto [Internet]. 2018 [Consultado 08 Ago. 2020]; 1 (8). Disponible en : <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
32. Vázquez A, Mukamutara J, Meireles M. Trastornos depresivos y eventos vitales en pacientes con hipertensión arterial y su relación con la adherencia terapéutica. Multimed [Internet]. 2019 [Consultado 20 Ene 2021]; 23(5): 1079-1094. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501079&lng=es
33. Yudelky A, García K, Maldonado K. Terapia ocupacional y estado de ánimo del adulto mayor en dos asilos, departamento de Cortes. Rev. Científica de la Escuela Univ. C. Salud [Internet]. 2019 [Consultado 25 Ene 2021]; 6 (2): 12-16. Disponible en : <https://www.camjol.info/index.php/RCEUCS/article/view/9760/11171>
34. Paredes P, Mayra M. Depresión e hipertensión arterial como factores de riesgo para demencia en adultos mayores, hospital Luis Albrecht de Trujillo. Universidad Cesar Vallejo. [Internet]. 2018. [Consultado 26 Jun 2020]. Disponible en : <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/25963?locale-attribute=es>
35. Sims M, Ramírez D, Pérez K, et.al. Intervención psicológica en adultos mayores con depresión. Rev Hum Med [Internet]. 2017 Ago. [Consultado 26 Jun 2020]; 17(2): 306-322. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200005&lng=es

36. Navas W. Depresión el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. Rev Med Costa Rica [Internet] 2013 [Consultado 29 Jun 2020]; 607(3): 495-501. Disponible en : <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133t.pdf>
37. Aguilar S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Salud en Tabasco [Internet]. 2005 [Consultado 01 Febr. 2021]; 11 (2): 333-338. Disponible en : <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>
38. Española RA. Diccionario del real Academia Española [Internet]. 2014 [Consultado 20 Feb 2021]. Disponible en : <https://www.rae.es>
39. Soria R, Vega C, Nava C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Rev Altern Psicol [Internet]. 2009 [Consultado 15 Mar 2021]; 14(20):89-103. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008&lng=pt&tlng=es
40. Mónica MR. Código de Núremberg. Chile. Universidad de Chile; 2008 [Consultado 20 Ago. 2020]. Disponible en : <https://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76028/el-codigo-de-nuremberg>
41. Gobierno de México. Declaración de Helsinki. México: Dirección de Investigación del Gobierno de México, 2017 [Consultado 21 Ago. 2020]. Disponible en : <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/helsinki.html>
42. Gobierno de México. Informe Belmont. México: Dirección de Investigación del Gobierno de México, 2017 [Consultado 19 Ago. 2020]. Disponible en : <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
43. Herrera D. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en adultos mayores con alto riesgo de caídas que acuden a medicina interna del hospital Pablo Arturo Suárez, durante enero a marzo de 2019. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador.Facultad De Medicina [Internet]. 2019 [Consultado 02 Jul 2022] Disponible en : <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16919/TRABAJO%20DE%20TITULACION%20%3%93N.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
44. Linares L, Linares L, Vitón A. Determinación de la adherencia farmacológica en adultos mayores hipertensos. Atención familiar. UNAM [Internet]. 2021 [Consultado 01 Jul 2022]; 28 (1):16-20. Disponible en: <https://www.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/AF-28-1.pdf#page=14>
45. Consuelo de la Cruz C, Quispe M, Oyola A, Portugal M, Lizarzaburu A, Rodríguez F, et al. Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general de

Perú. Rev. Cuerpo Med HNAA [Internet]. 2017 [Consultado 03 Jul 2022]; 10 (4):12-16. Disponible en : <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/18>

46. Pozo Y. Hipertensión arterial y depresión en pacientes geriátricos del centro de salud 9 de octubre Pucallpa junio-diciembre 2019. Universidad Nacional de Ucayali [Internet]. 2021 [Consultado 01 Jul 2022]. 1-72 Disponible en : http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/4699/UNU_MEDICINA_2021_T_YESICA-POZO.pdf?sequence=3&isAllowed=y

47. Flores L, Ramírez F, Trejo J. Depresión en adultos mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un Programa Social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Rev Gac Med Mex [Internet].2018 [Consultado 03 Jul 2022]; 152: 439-443. Disponible en : http://www.anmm.org.mx/bgmm/2016/4/GMM_152_2016_4_439-443.pdf

48. Molina L. Determinantes socioculturales relacionados con el desarrollo de depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Técnica de Ambato [Internet]. 2021 [Consultado 02 Jul 2022] Disponible en : http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32823/3/16._molina_vargas_lucia_del_rocio%281%29.pdf

49. Florez V, Rojas L, Barreño J. Depresión y trastornos del sueño relacionados con hipertensión arterial: un estudio transversal en Medellín, Colombia. Rev Colomb Psiquia [Internet]. 2018 [Consultado 01 Jul 2022] 279: 1-7. Disponible en : <https://scihub.st/https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.05.004>

50. Paucara M. Inactividad física asociado a depresión y ansiedad en v con enfermedades cardiovasculares que asisten a consulta externa de cardiología del hospital III Goyeneche, febrero 2020.Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa [Internet].2020 [Consultado 30 Jun 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/11139/MCpapfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

XI. ANEXOS

Consentimiento Informado



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:	Depresión Y Control Hipertensivo En Adultos Mayores Con Hipertensión Arterial.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 77 " San Agustín" Fecha: Julio 2021
Número de registro:	En tramite
Justificación y objetivo del estudio:	Se le hace una cordial invitación para participar en un estudio, que consiste en determinar qué tan triste se encuentra y si esto afecta en el aumento de la fuerza con la que sale su sangre a través del corazón al resto cuerpo. Debido a que las personas de edad avanzada tienden a sentirse tristes. Por lo que se busca determinar qué tan afectado se encuentra emocionalmente para que los valores de la fuerza con que su corazón envía la sangre al cuerpo se encuentren alterados.
Procedimientos:	Si usted acepta participar en el estudio, se realizará la toma de la presión con la que corre la sangre en sus venas, se le harán preguntas sobre sus datos personales y tres cuestionarios, donde se le preguntará como se siente la mayor parte del tiempo, como es donde vive y que tan bien sigue las instrucciones para la toma de su medicamento, esto le tomara de 15-20 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	El participar en el estudio, representa un riesgo mínimo, ya que puede llegar a sentir incomodidad, o tristeza, con algunas preguntas sobre si está satisfecho con su vida o si siente que su vida está vacía, al preguntar sobre los ingresos económicos en su casa y como es la ingesta de sus medicamentos, así como también podrá llegar a sentir una ligera molestia al tomar la presión con la que corre la sangre en sus venas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al finalizar el cuestionario se le indicará si tiene alguna afectación emocional, como es la tristeza, y se le otorgarán un tríptico informativo sobre algunas recomendaciones para evitarla, se fomentará la integración familiar y social, como es la asistencia a reuniones familiares o con amigos, actividad física de acuerdo a su edad, como es la caminata diaria de 20 minutos, realizar yoga, chi kung, o tai chi, se recomendará mejorar su alimentación, teniendo una dieta baja en grasas y azúcares, evitando el alcohol y cigarro y también se le invitará al grupo de envejecimiento activo, todo esto con el fin de combatir la tristeza y evitar a largo plazo daño a su riñón, corazón y cerebro.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al terminar de contestar las preguntas, se le dará el resultado sobre el grado de tristeza que llega a padecer en este momento, y así poderle dar recomendaciones para combatirla como la integración familiar y social, mejorar la alimentación, pertenecer al grupo de envejecimiento activo, con el fin de poder mejorar los niveles de fuerza con la que su corazón envía sangre a todo el cuerpo. En caso de tener un nivel muy elevado de tristeza el investigador lo derivará a salud mental para valoración.

Participación o retiro:	Tiene derecho a retirarse del estudio en el momento en que le parezca conveniente, sin que afecte en su atención medica de la Unidad de Medicina Familiar No. 77
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal le asegura que respaldara la privacidad y confidencialidad de todos sus datos personales otorgados o que se deriven de este estudio o en futuras publicaciones
Declaración de consentimiento:	Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio: <input type="checkbox"/> Si acepto participar en este estudio. <input type="checkbox"/> No acepto participar en este estudio.
Beneficios al término del estudio:	Se le otorgará un triptico con algunas rrecomendaciones para poder combatir la depresión, se le invitara al grupo de envejecimiento activo y también se le otorgará una pelota anti estrés.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Jessica Hernández Lozada. Médico Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 77 Matricula: 99367472 Teléfono: 5544882264 Correo: jessik.lozada@gmail.com / Macías Pérez Cynthia Guadalupe Residente de Medicina Familiar adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 77 Matricula: 96154482. Teléfono: 5549440868 Correo: cynthia_spgc@hotmail.com
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética 1401-8, Hospital General Regional 196, Av. Central N/A, Olímpica, Cd y Puerto, 55130 Ecatepec de Morelos, Méx. Tel. 5557559818	
_____	_____
Nombre y firma del paciente	Nombre y firma de investigador.
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma de testigo 1	Nombre, dirección, relación y firma de testigo 2
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	

Escala de depresión geriátrica Test de Yesavage

INSTRUCCIONES: De acuerdo a como se ha sentido la última semana, marque con una X la respuesta de su elección, por favor responda con SI o NO.

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

Cuestionario de Condición Socioeconómica de Graffar-Méndez

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente cada opción y marque con una X la respuesta que más se acerque a su situación. Esta sección será contestada con apoyo del investigador.

VARIABLES	PUNTAJE	ITEMS
1. PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad. Oficiales de las Fuerzas Armadas (Si tienen un rango de Educación Superior).
	2	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).
6. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	1	Enseñanza universitaria o su equivalente.
	2	Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
	4	Enseñanza primaria, o analfabeta (con algún grado de instrucción primaria).
	5	Analfabeta.
11. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO DE LA FAMILIA	1	Fortuna heredada o adquirida.
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
	3	Sueldo mensual.
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo.
	5	Donaciones de origen público o privado.
16. CONDICIONES DE ALOJAMIENTO	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
	2	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujos sin exceso y suficientes espacios.
	3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Escala de Adherencia Terapéutica (EAT)

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente cada opción y marque con una X en el porcentaje que más se acerque a su situación.

PREGUNTAS	0%	20%	40%	60%	80%	100%
1. ¿Ingiero mis medicamentos de manera puntual?						
2. ¿No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a las horas indicadas?						
3. ¿Me hago análisis en el periodo que me indica el medico?						
4. ¿Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto?						
5. ¿Asisto a mis consultas de manera puntual?						
6. ¿Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto al estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud?						
7. ¿Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo no fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena?						
8. ¿Cómo solo aquellos alimentos que el médico me permite?						
9. ¿Si el médico me inspira confianza sigo el tratamiento?						
10. ¿Después de haber terminado el tratamiento regreso a consulta si el médico me indica que es necesario verificar mie estado de salud?						
11. ¿Cuándo me dan resultados de mis análisis clínicos estoy más seguro de lo que tengo y me apego al tratamiento?						
12. ¿Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento?						
13. ¿Cuándo tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos?						
14. ¿Cuándo los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no está concluido?						
15. ¿Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento?						
16. ¿Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago?						
17. ¿Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que tengo que tomar mi medicamento?						
18. ¿Cómo me lo recomienda el medico hago mis análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo?						
19. ¿Me inspira confianza que el medico demuestre el conocer de mi enfermedad?						
20. ¿Si se sospecha que mi enfermedad es grave hago lo que este en mis manos para aliviarme?						
21. ¿Aunque el tratamiento sea complicado lo sigo?						

Hoja de recolección de datos

FOLIO	
EDAD	
TENSIÓN ARTERIAL	
SEXO	Masculino Femenino
ESTADO CIVIL	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
ESCOLARIDAD	Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado
ESTADO CIVIL	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
RESULTADO ESCALA DE YESAVAGE	0 - 5 : Normal, sin síntomas depresivos 6 - 10 : Depresión moderada Mayor a 10 : Depresión severa
RESULTADO ESCALA DE GRAFFAR-MENDEZ	4-6 Clase I: Estrato Alto 7-9 clase II: Estrato Medio Alto 10-12 Clase III: Estrato Medio Bajo 13-16 Clase IV : Estrato Obrera 17-20 Clase V : Estrato Pobreza Extrema
RESULTADO ESCALA ADHERENCIA TERAPEUTICA	Mala adherencia: 0-20%. Regular adherencia: 40-60%. Buena adherencia: 80-100%

Formato de informe a médico familiar para casos de depresión moderada-severa

NOMBRE:

EDAD:

NSS:

TURNO:

DIAGNOSTICO:

RESUMEN:

¿QUE PUEDO HACER?

Al acudir a tu consulta de medicina familiar, no dudes en comentarle a tu médico tratante cualquier síntoma depresivo que tengas, él se encargara de enviarte con el especialista para brindarte una mejor atención.



Lo más **IMPORTANTE** que debes saber, es que existe tratamiento farmacológico y no farmacológico para tratar la depresión.



Al tratar la depresión, obtendremos un **mejor** control en los niveles de presión arterial.

¿EXISTEN TERAPIAS OCUPACIONALES QUE PUEDA REALIZAR ADEMAS DEL TRATAMIENTO MEDICO? LA RESPUESTA ES SI, POR EJEMPLO:



Buena alimentación (evitar alimentos altos en azúcares o grasas)

Realizar ejercicio (30 minutos de caminata al día, realizar yoga o Tai chi)



Evitar el alcohol y cigarro



Realizar sopas de letra, crucigramas o laberintos.

A	L	E	G	R	I	A	D
Z	E	W	U	T	Z	F	U
N	Ñ	E	K	R	C	V	I
E	K	F	M	I	E	D	O
U	G	F	E	S	O	S	A
G	J	H	S	T	M	L	J
R	H	N	H	E	S	E	A
S	O	R	P	R	E	S	A
E	N	O	J	O	D	G	E
V	M	Z	C	U	L	P	A
E	G	X	E	X	S	E	H

La depresión **NO** es un juego, háblalo con tus familiares y amigos más cercanos, seguro ellos estarán felices de ayudarte

¡RECUERDA QUE NO ESTAS SOLO!

Macías Pérez Cynthia Guadalupe
Residente de Medicina Familiar
Información de contacto:

Teléfono: 55

Dirección: Calle Brasil s/n. Col. Nuevo paseo de San Agustín,
Ecatepec, Estado de México

Bibliografía: Diagnóstico y Tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica. México, CENETEC; 2011.

¿SABIAS QUE LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES PUEDE ASOCIARSE A UN DESCONTROL EN LA PRESION ARTERIAL?



¿QUE ES LA DEPRESION?

Es una enfermedad que altera nuestro estado de ánimo, nos hace sentirnos triste la mayor parte del tiempo y no nos permite realizar ni disfrutar de nuestras actividades cotidianas de una manera normal y adecuada.



Ser una persona adulto mayor nos hace más vulnerables a tener depresión

¿COMO SABER SI TENGO SINTOMAS DEPRESIVOS?

Si la mayor parte del tiempo presentas los siguientes síntomas:

Tristeza



Sensación de soledad y rechazo



Pensamientos negativos relacionados con la muerte



Si te sentiste identificado al leer alguno de estos síntomas, puede que TÚ tengas depresión.



Insomnio

¿COMO AFECTA EN MIS NIVELES DE PRESION ARTERIAL?

El tener depresión puede ser un detonante para tener conductas de tabaquismo, beber en exceso, comer en exceso y aumentar de peso, todo esto nos lleva a un mal control hipertensivo.



Los pacientes con hipertensión y depresión tienen peores resultados de salud en comparación con aquellos sin depresión.

La depresión en adultos mayores se asocia a un descontrol en los niveles de presión arterial.



Si te sientes triste, cansado, sin energía, con ansiedad o estrés, con pensamientos negativos acércate a nosotros, tu puedes tener depresión.



Para combatir los síntomas de la depresión, te invitamos a:



Realizar ejercicio, como caminata 30 minutos al día, yoga o Tai Chi.



Mejorar tus hábitos de sueño y piensa positivo.

Mantener una adecuada alimentación, evitando exceso de azúcares y grasas.



Evitar el consumo de cafeína, alcohol y cigarro.

