



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**MEDICO CIRUJANO**

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA  
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DERECHOHABIENTES DE LA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR ORIENTE DEL ISSSTE, CDMX”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTA:**

**EVA MIREYA REYES VALLE**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSÉ FERNANDO  
ARELLANO COBIÁN**

**ASESOR: DR. VICTOR MANUEL MACIAS ZARAGOZA**

**ASESOR: DR. ALEJANDRO SOTERO ZARCO VILLAVICENCIO**



**CIUDAD DE MÉXICO**

**OCTUBRE 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.

## *Agradecimientos*

En primera instancia quiero agradecer a mi tutor de tesis el Dr. José Fernando Arellano Cobián por el tiempo dedicado, quien siempre tuvo la disponibilidad, paciencia y dedicación para apoyarme y brindarme su conocimiento en todo el proceso de elaboración de dicha tesis.

A si como también a mis asesores de tesis el Dr. Víctor Manuel Macias Zaragoza y al Dr. Alejandro Sotero Zarco Villavicencio y a todos mis docentes que formaron parte en toda la carrera por guiarme y brindarme conocimientos y herramientas para ser un buen profesional de la salud, así como para obtener mi título universitario.

Por último y no por eso menos importante quiero agradecerles a mis padres y hermano por confiar siempre en mí y darme esa fortaleza cuando más lo necesitaba, fueron mis principales pilares durante todos los años de la carrera, siempre estuvieron apoyándome tanto económicamente como emocionalmente.

## Contenido

<b>1. Resumen .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>3. Marco teórico .....</b>	<b>3</b>
<b>3.1. Envejecimiento .....</b>	<b>3</b>
<b>3.2. Teorías del envejecimiento.....</b>	<b>5</b>
<b>3.3. Depresión en el adulto mayor .....</b>	<b>16</b>
<b>3.3.1. Concepto.....</b>	<b>16</b>
<b>3.3.2. Clasificación.....</b>	<b>16</b>
<b>3.3.3. Epidemiología. ....</b>	<b>18</b>
<b>3.3.4. Etiología. ....</b>	<b>18</b>
<b>3.3.5. Cuadro clínico.....</b>	<b>20</b>
<b>4. Prueba de detección.....</b>	<b>21</b>
<b>5. Diagnóstico.....</b>	<b>21</b>
<b>6. Tratamiento.....</b>	<b>23</b>
<b>6.1. Farmacológico.....</b>	<b>23</b>
<b>6.2. No farmacológico.....</b>	<b>25</b>
<b>7. Criterios de referencia.....</b>	<b>27</b>
<b>8. Planteamiento del problema.....</b>	<b>27</b>
<b>9. Hipótesis.....</b>	<b>28</b>
<b>10. Objetivos.....</b>	<b>28</b>
<b>10.1. Objetivo general.....</b>	<b>28</b>
<b>10.2. Objetivos específicos.....</b>	<b>28</b>
<b>11. Material y métodos.....</b>	<b>29</b>
<b>11.1 Tipo de estudio.....</b>	<b>29</b>
<b>11.2 Población de estudio.....</b>	<b>29</b>
<b>11.3 Muestra .....</b>	<b>29</b>
<b>11.4 Criterios de inclusión y exclusión.....</b>	<b>30</b>
<b>11.5 Metodología.....</b>	<b>30</b>
<b>11.6 Variables.....</b>	<b>31</b>
<b>11.7 Instrumento de recolección de datos y técnica.....</b>	<b>33</b>
<b>Escala de depresión geriátrica YESAVAGE.....</b>	<b>33</b>
<b>11.8 Recursos.....</b>	<b>33</b>
<b>11.9 Bases éticas y legales.....</b>	<b>34</b>
<b>11.12 Consentimiento informado.....</b>	<b>37</b>

<b>11</b>	<b>Cronograma .....</b>	<b>38</b>
<b>12</b>	<b>Análisis de resultados.....</b>	<b>39</b>
<b>13</b>	<b>Conclusión .....</b>	<b>74</b>
<b>14.</b>	<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>79</b>
<b>15</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>81</b>
<b>15.1</b>	<b>Ficha de identificación .....</b>	<b>81</b>
<b>15.2</b>	<b>ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA DE YESAVAGE .....</b>	<b>82</b>
<b>15.3</b>	<b>Medicamentos indicados en el tratamiento de trastorno depresivo .....</b>	<b>85</b>
<b>15.4</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO.....</b>	<b>90</b>
<b>15.5</b>	<b>Evidencia .....</b>	<b>91</b>

## 1. Resumen

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo que afecta principalmente a los adultos mayores de 60 años de edad, con mayor predominio en el sexo femenino. Se convierte en un problema de salud pública cuando es recurrente y de intensidad de moderado a grave.

Tomando en cuenta lo anterior se realizó una investigación de tipo transversal, descriptiva y retrospectiva que tiene como objetivo identificar de manera oportuna los principales factores de riesgo que condicionan a padecer algún tipo de depresión en los adultos mayores tanto hombres como mujeres derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE que acuden a la consulta de geriatría, con la finalidad de brindar una atención especializada, así como derivarlas con los especialistas para tener una atención integral del adulto mayor.

Para la identificación del tipo de depresión se aplicó el instrumento de Test de Yesavage el cual está constituido por 15 ítems dependiendo la puntuación obtenida es la clasificación que se le da al tipo de depresión. El universo de estudio fue de 109 participantes constituidos por 30 hombres y 79 mujeres mayores de 60 años de edad.

Como resultado se obtuvo que el 44.9% del total de mujeres padecían depresión y en los hombres con el 20.1%. El tipo de depresión que mayor predomina en la población de estudio es leve con 22.9% en el caso de las mujeres y 13.7% en hombres. Los principales factores asociados a padecer depresión en esta población son factores sociales tales como son pérdida de algún familiar en el especial la de un hijo y la soledad.

## 2. Introducción

La depresión es un trastorno del estado de ánimo y de las emociones, las emociones normalmente cambian y sus dos grandes variaciones son la tristeza y la alegría. Esta enfermedad está relacionada con la disminución de la serotonina que es un neurotransmisor encargado de regular las emociones y el sueño, provocando que haya un cambio en la energía de la persona ocasionando una afectación en el funcionamiento del individuo, en el que además de la tristeza hay manifestaciones como baja en la voluntad, la autoestima, la actividad diaria, sentimientos de inutilidad y recurrentes sentimientos de culpa que afectan su vida cotidiana, familiar, social y laboral.

Esta enfermedad es frecuente y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial, se considera la principal causa de discapacidad que puede llegar a ocasionar en el peor de los casos suicidio.

La población principalmente afectada son adultos mayores de 60 años edad, con mayor predominio el sexo femenino, esto debido a que a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo.

Se dice que más del 20% de los adultos mayores de 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural y el 6.6% de la discapacidad se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en este grupo de edad.

Los principales factores de riesgo por las que el adulto mayor cae en depresión son: la pérdida de la vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de funciones y capacidades, pérdidas a su alrededor de figuras representativas y el inicio de enfermedades crónico degenerativas.

El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide.

La mayor proporción de pacientes con comorbilidad depresiva se encuentran en la enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial coronaria, cáncer, enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer.

A pesar de que la recurrencia de la depresión es extremadamente alta, tiende a ser subdiagnosticada y por ende sub atendida.

La falta de su manejo ocasiona un incremento en la demanda de los servicios de salud por atención de síntomas relacionados y deterioro de la calidad de vida, elevando en consecuencia los costos de la atención.

### 3. Marco teórico

#### 3.1. Envejecimiento

##### 3.1.1 Concepto

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable, en el cual el individuo esta inexorablemente asociado al medio ambiente. Es influido considerablemente por el sistema y la cultura social. Los cambios en el ambiente pueden tener un efecto bueno o malo en el envejecimiento.<sup>1</sup>

El Instituto Nacional de Geriátría hace alusión al envejecimiento como un proceso gradual y adaptativo caracterizado por la disminución de la respuesta homeostática, es decir, un equilibrio que le permite al organismo mantener un funcionamiento adecuado, esto sucede a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas las cuales con el tiempo el cuerpo va adquiriendo por la edad y por el desgaste del organismo.<sup>2</sup> La Organización de las Naciones Unidas cataloga como viejos a las personas de 60 años y más en países en desarrollo y en países desarrollados a las personas que tienen 65 años y más.<sup>3</sup> Según la Organización Mundial de la Salud, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, las de 75 a 90 años viejas o ancianos, y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos. Así mismo a todo individuo mayor de 60 años se le denominara de forma indistinta persona de la tercera edad.<sup>4</sup>

El proceso de envejecimiento genera un riesgo y un aumento en la morbilidad, discapacidad y mortalidad de los adultos mayores, así como cambios en la situación económica, desintegración familiar y alteración en las relaciones sociales.<sup>5</sup>

### 3.1.2. Epidemiología

Según datos recabados por el INEGI (2015), en México existen aproximadamente 119,938,473 habitantes, de los cuales el 2.5% de la población son adultos mayores de 65 a 85 años en adelante de eso cabe destacar que el 2.9% son mujeres y el 3.1% son hombres.<sup>7</sup>

### 3.1.3. Edades del hombre

#### *Edad cronológica.*

Es la que tiene un individuo en función del tiempo transcurrido desde su nacimiento, medido por años, meses y días. Es la forma habitual y generalizada de expresión a la hora de referirse al tiempo de la vida de una persona.<sup>6</sup>

#### *Edad biológica.*

Es la que corresponde al estado funcional de los órganos, no siempre es concordante. Su medida no es una técnica habitual, ya que exige un número de pruebas y determinaciones en grandes estudios poblacionales, aunque si factibles de forma más individualizada. Incluye la determinación de diferentes parámetros tales como los referentes al tipo antropométrico, índice de masa corporal, velocidad de la marcha, composición corporal, presión arterial, capacidad vital, función renal, metabolismo basal, tasas de recuperación, etc. Se está investigando la presencia en líquidos o tejidos biológicos de marcadores (biomarcadores) como el procolágeno III, las hormonas tiroideas (T3), la testosterona, el adenosín monofosfato cíclico (AMPc) o el colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (CHDL), que permitan una más fácil y homologada forma de acercarnos a la medida de esta edad biológica.<sup>5</sup>

### *Edad funcional.*

Es la edad más importante, pues es la que permite preservar niveles de calidad de vida satisfactorios y conseguir ese envejecer con éxito.<sup>5</sup>

Describe la función física, psicológica y social, ello es relevante ya que es la manera en la que se sienten los adultos mayores y el grado de función que aún conservan.<sup>6</sup>

## 3.2. Teorías del envejecimiento

### Teoría del reloj biológico

El proceso de envejecimiento está genéticamente programado, existe un llamado gen del envejecimiento el cual en algún momento determinado de la vida provoca la aparición de cambios moleculares, celulares y de sistemas que se observan durante el envejecimiento.<sup>5</sup>

### *Teorías estocásticas.*

- ***Teoría de la interferencia:*** Propone que la división celular se ve amenazada como consecuencia de la radiación o de una reacción química en la que un agente de interferencia se une a una cadena de ADN y evita la separación normal de las fibras durante la mitosis. Con el tiempo, ya que estos agentes de interferencia se acumulan, se acomodan en grupos densos que impiden el transporte intracelular; al final, la función normal de órganos y sistemas corporales falla. Un efecto de la transferencia sobre el colágeno (un tejido conjuntivo importante en pulmones, vasos sanguíneos y músculos) es la reducción de la elasticidad de los tejidos que se asocia con diversos cambios relacionados con la edad.<sup>6</sup>
- ***Teorías de los radicales libres y de la lipofuscina:*** sugiere que el envejecimiento se debe al metabolismo oxidativo y a los efectos de los radicales libres (Hayflick, 1985). Los radicales libres son moléculas muy inestables y reactivas que contienen una carga

eléctrica adicional y que provienen del metabolismo del oxígeno. Pueden ser consecuencia del metabolismo normal, de reacciones con otros radicales libres o de la oxidación del ozono, pesticidas y otros contaminantes. Estas moléculas pueden dañar las proteínas, las enzimas y el ADN mediante la sustitución de las moléculas que contienen información biológica útil por moléculas defectuosas que crean una anomalía genética. Se considera que estos radicales libres se autoperpetúan, es decir, que generan otros radicales libres. El deterioro físico del cuerpo se produce porque el daño de estas moléculas se acumula con el tiempo. Sin embargo, el cuerpo tiene antioxidantes naturales que pueden contrarrestar, en cierto grado, los efectos de los radicales libres. Además, el  $\beta$ -caroteno y las vitaminas C y E son antioxidantes que pueden ofrecer protección frente a estos radicales libres.<sup>6</sup>

La lipofuscina, es un “pigmento de la edad”, un subproducto de las lipoproteínas de la oxidación en el proceso de envejecimiento que se puede ver sólo con un microscopio de fluorescencia. Como la lipofuscina se asocia con la oxidación de los lípidos insaturados, se plantea que tiene una función similar a la de los radicales libres en el proceso de envejecimiento. Conforme se acumula la lipofuscina, interfiere con la difusión y el transporte de metabolitos esenciales, así como con las moléculas de transporte de información en las células. Existe una relación positiva entre la edad de la persona y la cantidad de lipofuscina en el cuerpo. Los investigadores han descubierto la presencia de lipofuscina en otras especies en cantidades proporcionales a la duración de la vida de la especie (p. ej., un animal cuya vida dura el tiempo equivalente a la décima parte de la de un ser humano acumula una tasa de lipofuscina aproximadamente 10 veces más alta que las personas).<sup>6</sup>

- ***Teorías del uso y desgaste:*** La comparación del desgaste del cuerpo con las máquinas que han perdido su capacidad para funcionar a lo largo del tiempo surgió durante la

Revolución Industrial. Las teorías de uso y desgaste atribuyen el envejecimiento al uso repetido y a lesiones del cuerpo a través del tiempo a medida que se desempeñan funciones muy especializadas. Como cualquier máquina compleja, el cuerpo funcionará de forma menos eficiente con el uso prolongado y después de numerosas agresiones (p. ej., hábito tabáquico, dieta deficiente y abuso de sustancias tóxicas).<sup>6</sup>

En los últimos años se han discutido ampliamente los efectos del esfuerzo en la salud física y psicológica. El esfuerzo puede tener efectos adversos y conducir a enfermedades como úlceras gástricas, cardiopatías, tiroiditis y dermatosis inflamatorias. Sin embargo, como los individuos reaccionan de manera diferente a las tensiones de la vida, una persona puede sentirse abrumada por una jornada con actividad moderada, mientras que otra tal vez se frustra al enfrentarse a un ritmo lento y aburrido; así, se deduce que el papel del esfuerzo en el envejecimiento no es concluyente.<sup>6</sup>

- ***Teorías evolucionistas:*** están relacionadas con la genética y plantean que las diferencias en el proceso de envejecimiento y la longevidad de distintas especies se producen debido a la interacción entre los procesos de mutación y la selección natural. Al atribuir el envejecimiento al proceso de selección natural, estas teorías se asocian con aquellas que apoyan la evolución.<sup>6</sup>

➤ ***Teoría de la acumulación de mutaciones:*** sugiere que el envejecimiento se produce debido a la disminución de la fuerza de la selección natural con la edad. En otras palabras, las mutaciones genéticas que afectan a los niños se eliminarán, pues las víctimas no vivirán el tiempo suficiente para reproducirse y transmitir las a las generaciones futuras. No obstante, las mutaciones genéticas que aparecen al final de la vida se acumularán, porque los individuos mayores afectados transmitirán estas mutaciones a su descendencia.

- **Teoría pleiotrópica antagonista:** sugiere que los genes mutantes acumulados con efectos negativos en la edad avanzada pudieron haber tenido efectos beneficiosos en los primeros años de vida. Se supone que esto ocurre porque los efectos de los genes mutantes se presentan de manera inversa durante la vejez en comparación con los primeros años de vida o debido a que un gen en particular puede tener efectos múltiples, algunos positivos y otros negativos.<sup>6</sup>
- **Teoría del soma desechable:** difiere de otras teorías evolucionistas al proponer que el envejecimiento se relaciona con el uso de la energía corporal y no con la genética. Afirma que el cuerpo debe utilizar energía para el metabolismo, la reproducción, el mantenimiento de funciones y la reparación, y que el suministro finito de energía de los alimentos para realizar estas funciones produce cierto deterioro. A través de la evolución, los organismos han aprendido a dar prioridad al gasto de energía para las funciones reproductivas y no para aquellas que podrían mantener el cuerpo de manera indefinida; por lo tanto, se deterioran y en última instancia se presenta la muerte.<sup>6</sup>
- **Biogerontología:** Se considera que las bacterias, hongos, virus y otros microorganismos producen ciertos cambios fisiológicos durante el proceso de envejecimiento. En algunos casos, estos patógenos pueden estar presentes en el cuerpo durante décadas antes de que empiecen a afectar los sistemas corporales.  
  
Aunque no existe evidencia concluyente para vincular estos patógenos con el deterioro corporal, el hecho de que los seres humanos y los animales disfruten ya de una mayor esperanza de vida gracias al control o la eliminación de ciertos patógenos a través de la vacunación y el uso de antimicrobianos ha motivado el interés en esta teoría.<sup>6</sup>

Teorías no estocásticas.

- ***Apoptosis:*** es el proceso de muerte celular programada que se presenta continuamente durante la vida como resultado de fenómenos bioquímicos. En este proceso, la célula se reduce y ocurre fragmentación nuclear y del ADN, aunque la membrana mantiene su integridad. Se diferencia de la muerte celular que se produce a partir de lesiones, donde hay inflamación de las células y pérdida de la integridad de la membrana. De acuerdo con esta teoría, la muerte celular programada es parte del proceso del desarrollo normal que continúa durante toda la vida.<sup>6</sup>
  
- ***Teorías genéticas:***
  - ***Teorías de envejecimiento programado:*** propone que los animales y los seres humanos nacen con un programa genético o reloj biológico que predetermina el tiempo de vida. Varios estudios apoyan esta idea de un programa genético que predetermina el tiempo de vida. Por ejemplo, los estudios han demostrado una relación positiva entre la edad paterna y la duración de la vida de sus hijos. Además, los estudios de proliferación celular in vitro han demostrado que varias especies tienen un número finito de divisiones celulares. Los fibroblastos del tejido embrionario experimentan una mayor cantidad de divisiones celulares que los derivados del tejido adulto. Entre las diversas especies, mientras más larga sea la duración de la vida, mayor será el número de divisiones celulares. Estos estudios apoyan la teoría de que la senescencia, el proceso de envejecer, está bajo control genético y se presenta a nivel celular.<sup>6</sup>
  
  - ***Teoría del error:*** sostiene que las mutaciones genéticas son responsables del envejecimiento al causar el deterioro de órganos como resultado de mutaciones celulares autopropagadas. Otros teóricos consideran que el envejecimiento se

origina cuando no se produce una sustancia de crecimiento, lo que conduce al cese del crecimiento celular y de la reproducción. Otros plantean la hipótesis de la sobreproducción de un factor de envejecimiento encargado del desarrollo y la madurez celular en toda la vida, lo que acelera el envejecimiento. Algunos más proponen que la capacidad de la célula para funcionar y dividirse está deteriorada. Aunque existe muy escasa investigación que apoye esta teoría, el envejecimiento puede ser el resultado de una disminución de la capacidad del ARN para sintetizar y traducir mensajes.<sup>6</sup>

- **Reacciones autoinmunitarias:** Es probable que el proceso de envejecimiento afecte los principales órganos del sistema inmunitario, el timo y la médula ósea. La respuesta inmunitaria disminuye después de la adultez joven. El peso del timo se reduce a lo largo de la edad adulta, lo mismo que la capacidad de los linfocitos T para diferenciarse. La concentración de hormona tímica desciende después de los 30 años de edad y es indetectable en la sangre de las personas mayores de 60 años. Ello se relaciona con una disminución en la respuesta inmunitaria humoral, un retraso en el tiempo de rechazo de aloinjertos de piel, una reducción en la intensidad de la hipersensibilidad retardada y una disminución en la resistencia al daño de las células tumorales. Las células madre de la médula ósea funcionan con menos eficiencia. La reducción de las funciones inmunitarias se evidencia mediante un incremento de la incidencia de infecciones y de muchos tipos de cáncer conforme avanza la edad.

Algunos teóricos proponen que la reducción de las actividades inmunológicas también conduce a un aumento de la respuesta autoinmunitaria con la edad. Una hipótesis con respecto al papel de las reacciones autoinmunitarias en el proceso de envejecimiento es que las células experimentan cambios con la edad y que el

cuerpo las identifica erróneamente como agentes externos y desarrolla anticuerpos para atacarlas. Una explicación alternativa para esta reacción podría ser que las células son normales hasta la vejez, pero un deterioro en el sistema corporal de memoria inmunoquímica conduce a una interpretación errónea de las células normales como sustancias extrañas. Se forman anticuerpos para atacar y liberar el cuerpo de estas sustancias “extrañas” y las células mueren.<sup>6</sup>

- **Teorías neuroendocrina y neuroquímica:** sugieren que el envejecimiento es resultado de cambios en el cerebro y las glándulas endocrinas. Algunos teóricos afirman que algunas hormonas específicas de la hipófisis anterior promueven el envejecimiento. Otros indican que un desequilibrio de sustancias químicas en el cerebro afecta la división celular sana en todo el cuerpo.<sup>6</sup>
- **Teorías de la radiación:** La relación entre la radiación y la edad aún está en fase de investigación. Las investigaciones realizadas en ratas, ratones y perros muestran que la duración de la vida se reduce con la aplicación de dosis letales de radiación. En los seres humanos, se sabe que la exposición repetida a la luz ultravioleta puede causar elastosis solar, el tipo de “vejez” asociado con las arrugas en la piel que resultan de la sustitución de colágeno por elastina. La luz ultravioleta es también un factor en el desarrollo de cáncer de piel. La radiación puede inducir mutaciones celulares que promueven el envejecimiento.<sup>6</sup>
- **Teorías de la nutrición:** La importancia de una buena nutrición durante toda la vida. No es un misterio que la dieta impacta sobre la salud y el envejecimiento. Está demostrado que la obesidad aumenta el riesgo de muchas enfermedades y acorta la vida. La calidad de la dieta es tan importante como la cantidad. Las deficiencias de vitaminas y otros nutrientes y los excesos de nutrientes como el colesterol pueden desencadenar diversos procesos patológicos. Recientemente,

se ha puesto mayor énfasis en la influencia de los suplementos nutricionales en el proceso de envejecimiento; la vitamina E, el polen de abeja, el ginseng, la centella asiática, la menta y las algas se encuentran entre los nutrientes que al parecer promueven una vida saludable y larga. Aunque la relación completa entre la dieta y el envejecimiento no está bien aceptada, se conoce lo suficiente para sugerir que una buena dieta puede reducir o eliminar algunos de los efectos negativos del proceso de envejecimiento.<sup>6</sup>

➤ **Teorías del entorno:** Se sabe que varios factores ambientales amenazan la salud y se considera que están relacionados con el proceso de envejecimiento. La ingesta de mercurio, plomo, arsénico, isótopos radiactivos, ciertos pesticidas y otras sustancias puede producir cambios patológicos en los humanos. Fumar y respirar humo de tabaco y otros contaminantes en el aire también tienen efectos adversos. Por último, se considera que las intensas condiciones de vida, los altos niveles de ruido y otros factores influyen en el envejecimiento.<sup>6</sup>

### Teorías sociológicas

- **Teoría de la desvinculación:** Las teorías sociológicas abordan el impacto de la sociedad en los adultos mayores y viceversa. Estas teorías reflejan con frecuencia la visión que se tenía de los adultos mayores en el momento en el que se desarrollaron. Las normas de la sociedad influyeron en cómo se veían las relaciones y los roles de este grupo poblacional. La teoría considera el envejecimiento como un proceso en el que la sociedad y el individuo se separan gradualmente, o se desconectan, una del otro, a satisfacción y beneficio mutuo. El beneficio para los individuos es que pueden reflexionar y centrarse en su persona una vez que han sido liberados de roles sociales. El valor de la desvinculación para la sociedad es que se establece cierto medio ordenado para la

transferencia del poder de los adultos mayores a los jóvenes, con lo que es posible que la sociedad continúe funcionando después de que mueren sus miembros individuales. La teoría no indica si es la sociedad o el individuo quien inicia el proceso de desvinculación.<sup>6</sup>

- **Teoría de la actividad:** afirma que una persona mayor debe seguir un estilo de vida similar al de una de menor edad, negar la existencia de una tercera edad tanto como sea posible y que la sociedad debe aplicar las mismas normas a las personas mayores, así como a aquellas de menor edad; no defiende la disminución de la actividad, el interés y la participación conforme envejecen sus miembros. Esta teoría sugiere maneras de mantener la actividad aun en presencia de las múltiples pérdidas que se asocian con el proceso de envejecimiento, incluyendo la sustitución de actividades intelectuales por actividades físicas cuando se reduce la capacidad física, el reemplazo de la función laboral por otras funciones cuando tiene lugar la jubilación, y el establecimiento de nuevas amistades cuando se pierden las anteriores. El deterioro de la salud, la pérdida de funciones, los ingresos económicos reducidos, un círculo cada vez menor de amigos y otros obstáculos para el mantenimiento de un estilo de vida activo se resisten y vencen en vez de aceptarse.<sup>6</sup>
- **Teoría de la continuidad:** también conocida como teoría del desarrollo, se refiere a la personalidad y la predisposición hacia determinadas acciones en la vejez que son similares a estos factores durante otras fases del ciclo de vida. Se dice que la personalidad y los patrones básicos de la conducta subsisten sin modificaciones a pesar de la edad. Por ejemplo, es muy probable que quienes eran activistas a los 20 años de edad aún lo sean a los 70 años, mientras que reclusos a edades jóvenes probablemente no se mantendrán activos en el estándar de la sociedad cuando envejeczan. Los patrones desarrollados durante toda la vida determinarán si las personas permanecerán

comprometidas y activas o desvinculadas e inactivas. El reconocimiento de las características específicas de cada individuo posibilita múltiples adaptaciones a su envejecimiento y que exista potencial para una variedad de reacciones que validen y apoyen esta teoría. El envejecimiento es un proceso complejo y la teoría de la continuidad considera estas complejidades en mayor medida que la mayoría de las otras teorías. Aunque las implicaciones y el alcance completos de esta prometedora teoría están en etapa de investigación, ofrece una perspectiva razonable. Asimismo, se alienta a los jóvenes a considerar que sus actividades actuales sentarán una base para su propia vejez en el futuro.<sup>6</sup>

- **Teoría de la subcultura:** Esta teoría considera a los adultos mayores como un grupo con distintas normas, creencias, expectativas, hábitos y problemas que los separan del resto de la sociedad. La formación de una subcultura es una respuesta a las actitudes negativas y al trato de la sociedad. Las personas mayores son más aceptadas y se sienten más cómodas entre su propio grupo de edad. Un componente de esta teoría es el argumento a favor de la reforma social y un mayor empoderamiento de las poblaciones mayores, para que puedan respetarse sus derechos y necesidades. A medida que la población de adultos mayores se vuelve más diversa, sus necesidades están mejor identificadas y su poder más reconocido, aunque permanece la pregunta de si esta teoría es menos relevante de lo que era en la década de 1960, cuando apareció por primera vez.<sup>6</sup>
- **Teoría de la estratificación de la edad:** sugiere que la sociedad está estratificada por grupos de edad. Las personas de un grupo etario similar suelen tener experiencias, creencias, actitudes y transiciones de vida similares que les ofrecen una visión única y compartida de la historia. De manera continua, se forman nuevos grupos etarios con el nacimiento de nuevos individuos, por lo que la interacción entre la sociedad y el envejecimiento de la población es dinámica. Cada grupo de edad tiene su propia y única

experiencia e influencia sobre la sociedad, y hay una interdependencia entre la sociedad y el grupo.<sup>6</sup>

### Teorías psicológicas del envejecimiento

- **Tareas del desarrollo:** son los desafíos que deben enfrentarse y los ajustes que deben hacerse en respuesta a las experiencias de vida que forman parte del continuo crecimiento de un adulto durante el tiempo de vida. Erik Erikson (1963) describe ocho etapas en las cuales los seres humanos efectúan su desarrollo desde la infancia hasta la vejez y los retos, o tareas, a los que se enfrentan durante cada una de estas etapas. El desafío de la vejez consiste en aceptar y encontrar significado a la vida que se ha vivido; esto da integridad al ego individual y le ayuda a adaptarse y enfrentar la realidad del envejecimiento y la mortalidad. Los sentimientos de ira, amargura, depresión e insuficiencia pueden conducir a una inadecuada integridad del ego (p. ej., la desesperación). Afinando la descripción de Erikson sobre las tareas de la vejez en la octava etapa del desarrollo, Robert Peck (1968) detalla tres retos específicos a los que se enfrentan los adultos mayores y que influyen en el resultado sobre la integridad o la desesperación del ego:

- **Diferenciación del ego frente a la preocupación de los roles:** Desarrollar satisfacciones de uno mismo como persona en lugar de los roles establecidos a través de los padres o las funciones laborales.
- **Trascendencia del cuerpo frente a la preocupación por el cuerpo:** Encontrar placeres psicológicos en lugar de dejarse absorber por los problemas de salud o por las limitaciones físicas impuestas por el envejecimiento.

- *Trascendencia del ego frente a la preocupación del ego:* Lograr la satisfacción mediante la reflexión sobre la propia vida y los logros del pasado en lugar de la preocupación derivada del límite de años por vivir.

### 3.3. Depresión en el adulto mayor

#### 3.3.1. Concepto.

La depresión se define como un conjunto de síntomas tales como pérdida del interés, incapacidad, falta de satisfacción por la vida, que se caracterizan por desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y de conducta que dependiendo su severidad puede ocasionar discapacidad.<sup>9</sup> Dicho término también es utilizado para referirse a cualquiera de los trastornos depresivos.

#### 3.3.2. Clasificación.

Depresión mayor (trastorno unipolar).

Se caracteriza por que el paciente tiene aspecto triste, ojos llorosos, ceño fruncido, comisuras de la boca hacia abajo, postura decaída, escaso contacto visual, ausencia de expresión facial, pocos movimientos corporales y cambios en el habla es decir voz baja, mala pronunciación y uso de monosílabos. En algunos pacientes el estado de ánimo depresivo es tan profundo que no hay presencia de lágrimas, son incapaces de sufrir emociones habituales y sienten que el mundo carece de interés o importancia. Dichas características pueden confundirse con la enfermedad de Parkinson.<sup>10</sup>

Trastorno depresivo persistente (distimia).

Son los síntomas que persisten durante  $\geq 2$  años sin remisión. Dichos síntomas comienzan de forma insidiosa durante la adolescencia y pueden durar muchos años o décadas. Los pacientes afectados son negativos, pesimistas, sin sentido del humor, pasivos, obnubilados es decir confundidos o cegados, introvertidos, hipercríticos respecto de si mismos y de los demás y quejumbrosos. Este tipo de pacientes también pueden presentar ansiedad, abuso de sustancias o trastornos de la personalidad.<sup>10</sup>

Otro trastorno depresivo (especificado o no especificado).

Conjunto de síntomas con características de un trastorno depresivo que no cumplen todos los criterios para otros trastornos depresivos, pero que causan malestar clínico significativo o deterioro del funcionamiento se clasifican como otros trastornos depresivos (especificados o no especificados).

Se incluyen los periodos recurrentes de disforia con  $>4$  de otros síntomas depresivos que duran  $>2$  semanas en personas que nunca han cumplido criterios para otro trastorno del ánimo como en la depresión breve recurrente y los periodos de depresión que duran más tiempo, pero que no incluyen suficientes síntomas para el diagnóstico de otro trastorno depresivo.<sup>10</sup>

A menudo la depresión puede revertirse con tratamiento médico, sin embargo, si no se llegara a tratar puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social como así mismo retardar la recuperación de las enfermedades y cirugías provocando el aumento de una atención médica o el suicidio.<sup>11</sup>

### 3.3.3. Epidemiología.

La incidencia de la depresión en los adultos mayores se estima que es del 10 y 50% en general, del cual 7 al 36% lo representan pacientes que egresaron de clínicas, este se incrementa hasta el 40% en pacientes que fueron hospitalizados. Uno de los factores asociados es el sexo, con mayor incidencia en mujeres con relación 2:1.<sup>12</sup>

Las principales comorbilidades que conlleva a la depresión son: Las enfermedades cerebrovasculares que representan el 30 al 60 %, la enfermedad arterial coronaria en más del 44%, el cáncer en un 40%, la enfermedad de Parkinson en un 40% y la enfermedad de Alzheimer de un 20 al 40 %, la recurrencia de estas enfermedades alcanza un 40%, las cuales son subdiagnosticadas y sub atendidas. Su falta de manejo ocasiona incremento en la demanda de los servicios y deterioro aumentando sus costos de atención. Se estima que en la población mexicana aproximadamente el 2.5% de los adultos mayores presentan cuadros depresivos graves, y solo el 13% cuadros depresivos leves, con referente a estos datos existe un porcentaje de cuadros mixtos en los que es compuesto por la ansiedad y otros síntomas enmascarados.<sup>9</sup>

### 3.3.4. Etiología.

Los principales grupos de riesgo serán aquellos adultos mayores que sufran aislamiento social, abandono familiar, adicciones, que padezcan enfermedades que los lleve a la discapacidad, que su situación económica sea baja o padezcan comorbilidades tales como cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral, enfermedades crónico degenerativas, entre otras.<sup>9</sup>

Uno de los principales factores estresores para la depresión son las pérdidas, estas pueden ser percibidas o ser reales, en las que se incluyen: pérdida de la juventud y belleza física, roles tales como el de ser padres, pérdida de la salud, limitación de la movilidad, privación sensorial, la

jubilación que condiciona a que haya una disminución del ingreso económico y se presente la pobreza, condicionando a que haya un aislamiento social, pérdidas afectivas principalmente el de la pareja, amigos, familiares, vecinos, compañero de trabajo, también son afectados por la pérdida una mascota la cual fue su compañero de vida durante muchos años. A esta etapa de la vida se le caracteriza como la época de las pérdidas, lo cual se ha observado que hay una relación con el inicio de la depresión. Solo el 13% de los adultos mayores que pierden a su pareja sufren cuadros depresivos o presentan un duelo patológico.<sup>13</sup>

Otros factores que intervienen son: la personalidad, las pérdidas significativas en la infancia, los antecedentes familiares de depresión, los cambios fisiológicos y neuroendocrinos. En su mayoría estos cuadros depresivos inician desde la juventud y presentan un mayor índice de trastornos afectivos en su historia familiar.<sup>14</sup>

Los adultos mayores de 60 años con cuadros depresivos tienen un mayor aumento de la actividad de la MAO, esta es una enzima que destruye las aminos biógenas en el sistema nervioso central. Al haber una reducción de las aminos biógenas es decir la acetilcolina, serotonina, noradrenalina y dopamina en el nervioso central puede provocar cuadros depresivos. De ahí que los cambios fisiológicos causados por la edad, producen vulnerabilidad biológica hacia la depresión. También los cambios neuroendocrinos son comunes en los adultos mayores y se asocian con cuadros depresivos. Esto debido a los cambios físicos y psicológicos, los cuales estimulan la secreción de cortisol vía del eje hipotálamo- hipófisis – adrenal, produciendo una desincronización del ritmo del ciclo circadiano, ocasionando un trastorno entre el ciclo de sueño- vigilia.<sup>13</sup>

El uso de algunos fármacos y la polifarmacia utilizada en comorbilidades condicionan a que el adulto mayor presente cuadros depresivos. Los fármacos más utilizados que provocan depresión son: analgésicos y antiinflamatorios principalmente la indometacina, morfina, codeína y meperidina, antihipertensivos como el propanolol, alfa metildopa, resperidina, clonidina,

guanettedina y diuréticos, antibióticos, Antiparkinsonianos como la Levodopa, estrógenos, esteroides, sedantes principalmente los barbitúricos, benzodiacepinas, meprobanato y el hidrato de cloral, agentes hipoglucemiantes, medicamentos cardiovasculares, medicamentos gastrointestinales como la Cimetidina y agentes cancerígenos como el Tamoxifeno y Viscristinna.<sup>13</sup>

### 3.3.5. Cuadro clínico.

El anciano suele reaccionar con un cuadro depresivo ante la anticipación a la pérdida de su propia imagen de individuo maduro o la pérdida de su salud, sus seres queridos, su seguridad económica y sus posiciones de poder y de prestigio.<sup>9</sup>

La depresión suele presentarse bajo la apariencia de un cuadro paranoide o somatomorfe o se oculta tras el insomnio, el dolor y otros síntomas difíciles de integrar en un cuadro nosológico. Estos síntomas que enmascaran la depresión se convierten en el contenido de quejas que hacen que los enfermos sean personas polisintomáticas y policonsultantes a los cuales, si no se les atiende, puede llevar a enfermedades físicas, institucionalizaciones, deterioro psicosocial y a un total desapego por la vida apareciendo las ideas suicidas.<sup>9</sup>

Más que a la muerte el adulto mayor le teme es a la soledad, el sufrimiento y la miseria. Las amenazas de suicidio en los adultos mayores, deben considerarse casi una muerte inminente si no se hace algo, ya que ellos no realizan el intento o gesto suicida con el deseo de llamar la atención impulsivamente después de una discusión o para que se modifique su estilo de vida, lo realizan con la intención de matarse porque el desprecio y el despecho los hacen sentirse indeseables e inútiles. Por esto, todos los cuadros depresivos en el adulto mayor deben ser diagnosticados lo antes posible y tratados adecuadamente.<sup>9</sup>

#### 4. Prueba de detección.

El escrutinio debe efectuarse en los servicios del 1er y 2º nivel de atención, en los grupos de alto riesgo para desarrollar depresión, es decir en aquellos que tienen historia previa de depresión, enfermedad física incapacitante, otros problemas mentales asociados como la demencia.<sup>9</sup>

Debe realizarse el escrutinio anual de depresión en los pacientes adultos mayores para propiciar su detección temprana y el tratamiento oportuno.<sup>9</sup>

En todo adulto mayor el profesional de la salud deberá interrogar sobre su estado anímico actual, utilizando preguntas con los siguientes conceptos: ¿Durante el último mes ha tenido decaimiento, desesperanza o depresión? ¿Durante el último mes ha tenido periodos de poco interés o insatisfacción al hacer las cosas?.<sup>9</sup>

Por su alta sensibilidad y especificidad, se recomienda como prueba de escrutinio para la depresión del adulto mayor, La Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE.<sup>9</sup>

#### 5. Diagnóstico.

Se debe realizar un abordaje estructurado y metódico para su diagnóstico y tratamiento. En el adulto mayor con depresión es importante considerar su estado físico, condiciones de vida y aislamiento social a través de un enfoque multidisciplinario.<sup>9</sup>

La presentación atípica de la depresión puede manifestarse a través de sobre ingesta de alimentos e incremento en las horas de sueño; este síndrome puede estar asociado a poca reactividad y respuesta anormal a relaciones afectivas e hipersensibilidad emocional. En el adulto mayor puede existir ansiedad, predominio de los síntomas somáticos sobre los afectivos, pérdida de

memoria, deterioro cognoscitivo y síntomas sicóticos (alucinaciones, delirios de persecución, sentimientos excesivos de culpa y nihilismo).<sup>9</sup>

Para el diagnóstico de depresión mayor:  $\geq 5$  de los siguientes síntomas deben haber estado presentes casi todos los días durante un período dado de 2 semanas, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día
- Aumento o pérdida significativa ( $> 5\%$ ) de peso, o disminución o aumento del apetito
- Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia
- Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente)
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico.

Para el diagnóstico del trastorno depresivo persistente, los pacientes deben haber tenido un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, con más días presente que ausente durante  $\geq 2$  años, más  $\geq 2$  de los siguientes:

- Falta o exceso de apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Baja energía o fatiga
- Baja autoestima
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones

- Sentimientos de desesperanza

Para el diagnóstico de otros trastornos depresivos especificado y no especificado: Se incluyen los períodos recurrentes de disforia con  $\geq 4$  otros síntomas depresivos que duran  $< 2$  semanas en personas que nunca han cumplido los criterios para otro trastorno del ánimo (p. ej., depresión breve recurrente) y los períodos de depresión que duran más tiempo, pero que no incluyen suficientes síntomas para el diagnóstico de otro trastorno depresivo.<sup>10</sup>

## 6. Tratamiento.

### 6.1. Farmacológico.

Para la decisión del tratamiento el médico debe discutir con el paciente y su familia, las alternativas terapéuticas, tomando en consideración otros factores como eventos previos de depresión, la presencia de problemas sociales e interpersonales asociados.<sup>10</sup>

Cuando la atención del paciente se realice entre el 1° y 2° nivel, debe existir un acuerdo claro entre los profesionales de la salud que comparten la responsabilidad del tratamiento y seguimiento; así mismo debe propiciarse compartir con el paciente el plan de tratamiento y en su caso con los familiares o sus cuidadores.

El uso de antidepresivos debe ser considerado en pacientes con depresión leve e historia de depresión moderada o severa, cuando ésta es persistente a pesar de otras intervenciones, o cuando está asociado a problemas psicosociales o médicos.<sup>10</sup>

Los medicamentos antidepresivos han demostrado mayor efectividad en la depresión moderada. El tratamiento debe ser ofrecido rutinariamente a los pacientes antes que las intervenciones psicológicas.<sup>10</sup>

Deben establecerse las medidas de comunicación con el paciente acerca de la terapia farmacológica, efectos colaterales y riesgos de la suspensión del tratamiento.

Cuando un antidepresivo es prescrito debe elegirse un inhibidor de la recaptura de la serotonina, ya que es igualmente efectivo que los tricíclicos, pero con menos efectos secundarios, son el medicamento de elección en los adultos mayores por menores efectos secundarios, principalmente cardiovasculares.<sup>10</sup>

La Fluoxetina y Citalopram son de elección, ya que se asocian generalmente con menores síntomas de supresión al discontinuar el tratamiento. El inicio del tratamiento debe ser gradual, empezando con la mitad de la dosis mínima recomendada durante una semana, y de acuerdo con la respuesta y presencia de efectos secundarios, incrementar gradualmente hasta alcanzar la dosis óptima. En el inicio del tratamiento los profesionales de la salud deben buscar activamente signos de acatisia, ideas suicida e incremento de la ansiedad y la agitación. Se debe advertir a los pacientes del riesgo de estos síntomas en los estadios iniciales del tratamiento, e informar que deben buscar ayuda inmediatamente si se presentan. Con el uso de Fluoxetina en el adulto mayor, deben vigilarse estrechamente la aparición de efectos secundarios y considerar las interacciones farmacológicas.<sup>10</sup>

Cuando se inicia el tratamiento antidepresivo en pacientes con infarto del miocardio reciente o angina inestable, la Sertralina es el medicamento de elección por la evidencia sobre su seguridad en estos casos.

Los antidepresivos tricíclicos (Imipramina y Amitriptilina, al igual que Doxepina, Amoxapina, Maprotilina, Trazodona) deben ser evitados en el adulto mayor con depresión, así como los inhibidores de la monoaminoxidasa (Tranilcipromina, Moclobemide e Isocarboxacida)<sup>10</sup>.

Las Benzodiazepinas sólo deben prescribirse cuidadosamente para el adecuado control de los efectos secundarios de los antidepresivos como la ansiedad y agitación.

Pacientes con depresión y comorbilidad, deben continuar tratamiento para la depresión, utilizando alternativas terapéuticas para la comorbilidad y las interacciones medicamentosas, siendo la opción más adecuada el Citalopram.<sup>10</sup>

Los antidepresivos deben continuarse por al menos 6 meses después de la remisión del episodio de depresión, ya que esto reduce ampliamente el riesgo de recaída. Considerar falla terapéutica cuando no exista respuesta a dosis adecuada para la edad en un lapso de 6 semanas, pero si existe respuesta parcial, puede ampliarse este plazo por 6 semanas más.<sup>10</sup>

Los pacientes deben ser informados que estos medicamentos pueden presentar síntomas por la disminución de la dosis, el olvido de alguna toma o suspensión de su ingesta. Estos síntomas son usualmente leves y autolimitados, pero pueden ser severos cuando la suspensión es abrupta. Se deben retirar gradualmente los antidepresivos durante un período de 4 semanas, en algunos casos el periodo podrá ser mayor para evitar la aparición de los efectos secundarios por suspensión del fármaco.<sup>10</sup>

## 6.2. No farmacológico.

Si se identifica disfunción en el núcleo familiar el paciente adulto mayor con depresión, deberá ser incluido en sesiones de terapia familiar. Los pacientes con depresión pueden beneficiarse con medidas de higiene del sueño.

Pacientes con depresión leve, deben ser informados de los beneficios de un programa estructurado y supervisado de ejercicio, de más de 3 veces por semana y una duración de entre 45-60 minutos, por un periodo de 10 a 12 semanas.<sup>10</sup>

Tanto en la depresión leve como moderada el tratamiento psicológico se dirigirá específicamente a la depresión con terapias de solución de problemas, terapias cognitivas conductuales breves y consejería, de 6-8 sesiones por un periodo de 6-12 semanas.

La terapia psicológica de lección para la depresión moderada, severa y para depresión resistente al tratamiento, es la terapia cognitiva conductual, la terapia interpersonal puede ser considerada si el paciente la prefiere.

La terapia cognitiva conductual debe ser ofrecida a los pacientes con depresión moderada a severa que no tomen o que rechacen el tratamiento farmacológico antidepresivo o que no tengan una adecuada respuesta a otros tratamientos para la depresión (antidepresivos, intervenciones psicológicas breves).

Para pacientes con depresión grave que inician un curso de terapia cognitiva conductual, debe proporcionársele 2 veces por semana durante el primer mes, en tanto es referido para su atención psiquiátrica especializada.<sup>10</sup>

La terapia de pareja focalizada, puede ser una alternativa para pacientes con depresión que tengan una pareja regular, y en los cuales no se presentó un beneficio con la intervención individual previa. Un adecuado esquema de terapia focalizada de pareja incluye entre 15 y 20 sesiones en un periodo de 5-6 meses.

Los pacientes con depresión crónica pueden ser beneficiados del soporte social adicional, la técnica de “amigo terapéutico o de contención” puede ser considerada en conjunto con el tratamiento farmacológico y psicológico. Esta técnica puede ser proporcionada por voluntarios entrenados y la duración de la interacción debe ser de entre 2 a 6 meses.<sup>10</sup>

## 7. Criterios de referencia.

Enviar al servicio de psiquiatría si:

- Hay falta de respuesta al tratamiento recomendado para el 1er nivel de atención.
- Paciente representa un riesgo para el mismo o para otros enviar urgentemente.
- Presencia de acatisia, agitación marcada o prolongada, atribuible al tratamiento antidepresivo, enviar para ajuste de tratamiento farmacológico.
- Paciente que presente depresión mayor o síntomas psicóticos.
- Pacientes que presenten recidiva de la depresión, para su manejo farmacológico.

Para la depresión moderada a severa, el tratamiento psicológico debe abarcar de 16 a 20 sesiones en un periodo de 6-9 meses.<sup>10</sup>

## 8. Planteamiento del problema

La depresión en el adulto mayor es un gran problema de salud pública debido a que las personas que lo padecen no son correctamente diagnosticadas y tratadas de manera oportuna, existen distintos obstáculos los cuales condicionan que no tengan una atención eficaz tales como la falta de recursos y proveedores de atención de salud capacitados.

Donde si no son diagnosticados oportunamente ocasiona que haya mayores repercusiones en el funcionamiento de la persona provocando un mayor deterioro de la persona y que junto con sus comorbilidades se vea afectada aún más su salud.

Es por ello que es de suma importancia identificar los principales factores de riesgo tanto sociales, psicológicos y biológicos que pudiesen provocar mayor probabilidad de ocasionar depresión.

Y así, una vez identificados los principales factores que afectan a nuestra población buscar estrategias para dar solución a dicha problemática.

Por tal motivo se llevará a cabo una investigación en adultos mayores de 60 años de edad derechohabientes de la Clínica de Medicina Familia Oriente que acude a la consulta de geriatría, para identificar los principales factores de riesgo que condicionan que nuestra población de estudio padezca depresión.

## 9. Hipótesis

Los principales factores de riesgo asociados a padecer algún tipo de depresión, son las pérdidas de figuras significativas principalmente de los hijos y/o pareja, y la deficiencia de redes de apoyo por parte de los familiares.

## 10. Objetivos

### 10.1. Objetivo general.

Conocer la prevalencia y factores de riesgo en los adultos mayores de 60 años que presentan algún tipo de depresión derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar Oriente ISSSTE, que acuden a la consulta de geriatría, en el mes de enero del 2022.

### 10.2. Objetivos específicos.

- Identificar el tipo de depresión que se presenta en adultos mayores derechohabientes de la Clínica Familiar Oriente ISSSTE.

- Conocer el principal factor de riesgo que conlleva a padecer depresión en adultos mayores derechohabientes.
- Comprobar si el sexo, el estado civil, la ocupación o el lugar de origen son detonantes para padecer algún tipo de depresión en adultos mayores derechohabientes.

## 11. Material y métodos

### 11.1 Tipo de estudio.

El diseño de esta investigación es de tipo Descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional, en el cual se pretende analizar los principales factores de riesgo asociados a padecer algún tipo de depresión, recabados mediante una entrevista y la aplicación de escala Geriátrica de Yesavage que se realizó en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE, Ciudad de México, en el mes de enero del 2022

### 11.2 Población de estudio.

El universo de trabajo consta de 109 adultos mayores de 60 años de edad, ambos géneros derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE que acuden a la consulta de Geriatria. Del total de la población se encuentra que 30 son hombres y 79 mujeres.

### 11.3 Muestra

Según la edad:

- 60 a 64 años: 5 mujeres
- 65 a 69 años: 5 hombres y 19 mujeres
- 70 a 74 años: 5 hombres y 14 mujeres
- 75 a 79 años: 6 hombres y 21 mujeres
- 80 a 84 años: 10 hombres y 11 mujeres
- 85 años y más: 4 hombres y 9 mujeres

## 11.4 Criterios de inclusión y exclusión

### Criterios Inclusión:

Adultos mayores que acepten su participación a través de la firma del consentimiento informado.

### Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores que no contesten de manera completa el instrumento de evaluación “Escala de depresión geriátrica de YESAVAGE”
- Adultos mayores que cursen con alguna patología aguda o una urgencia médica.
- Adultos mayores que tengan deterioro cognitivo.
- Adultos mayores que tengan dificultad para entender y contestar el instrumento “Escala de depresión geriátrica de YESAVAGE”.
- Adultos mayores que no quieran participar en la investigación.

## 11.5 . Metodología

- Se invitó a participar a la población de adultos mayores de 60 años de edad derechohabientes de la Clínica Medicina Familiar Oriente ISSSTE que acuden a la consulta de Geriátrica en el mes de enero del 2022, para llevar a cabo la detección de factores de riesgo y así dar una atención oportuna en los trastornos depresivos.
- Se recabaron 109 encuestas las cuales contenían datos personales del adulto mayor derechohabiente, por medio de una ficha de identificación constituida por: Nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, lugar de origen, patologías y tratamiento.

- Se aplicó instrumento “Escala de depresión geriátrica de YESAVAGE” a los adultos mayores participantes en dicho muestreo constituido por 15 ítems.
- Se aplicó un segundo cuestionario elaborado por el médico pasante el cual tiene 20 preguntas, dicho cuestionario está constituido por respuestas con incisos y otras abiertas, con el fin de recopilar información más detallada acerca de los factores que condicionan a que se presente la depresión en adultos mayores.

## 11.6 Variables.

### 11.6.1 Dependiente

- Perdida de figuras representativas hijos y/o pareja
- Falta de red de apoyo familiar

### 11.6.2. Independiente

- Factores de riesgo asociados a la depresión

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Categorías</b>
<b>Adulto mayor</b>	Persona que tiene más de 60 años	Cualitativa ordinal	Adulto mayor joven: 55-64 años Adulto mayor maduro: 65-74 años Adulto mayor: 75-84 años Ancianos mayores: 85-89 años Nonagenarios: 90-99 años Centenarios: 100 años y más
<b>Sexo</b>	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos	Cualitativa nominal	Mujer Hombre
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa discontinua	Años cumplidos

<b>Estado civil</b>	contando desde su nacimiento Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Cualitativa ordinal	Casado Soltero Viudo Divorciado Unión libre
<b>Escolaridad</b>	Grado más elevado de estudios que tiene una persona.	Cualitativa ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Nivel medio superior Nivel superior
<b>Depresión</b>	Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Cualitativa ordinal	Leve Moderado Grave
<b>Comorbilidad</b>	Cuando una persona tiene dos o más enfermedades o trastornos al mismo tiempo.	Cualitativa ordinal	Patologías cardiovasculares Patologías respiratorias Patologías digestivas Patologías endocrinas Patologías musculoesqueléticas Patologías urológicas Patologías dermatológicas Patologías sistema nervioso

## 11.7 Instrumento de recolección de datos y técnica.

### Escala de depresión geriátrica YESAVAGE.

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores de 65 años. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con un sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones desde 30 ítems; la más utilizada es la de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve ha moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (SI o No en negritas), mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos. La calificación total se obtiene al sumar los puntos por cada respuesta Si o NO en negritas. La calificación máxima alcanzables es de 15 puntos.

- 0-4 puntos: Se considera normal, sin síntomas depresivos
- 5-8 puntos: Indica la presencia de síntomas depresivos leves
- 9-10 puntos: Indica la presencia de síntomas depresivos moderados
- 12-15 puntos: Indica la presencia de síntomas depresivos graves

## 11.8 Recursos.

Humanos.

- Médico pasante

- Director de tesis: Dr. José Fernando Arellano Cobián

***Físicos.***

Materiales.

- Instrumento “Escala de depresión geriátrica YESAVAGE”
- Computadora
- Bolígrafos
- Lápiz

Financieros.

Financiado por el Médico pasante de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

### 11.9 Bases éticas y legales.

Declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial.

La declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico a la aseveración “la salud de mi paciente será mi empeño principal”, y el Código Internacional de Ética Médica declara que “cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente”. La finalidad de la investigación biomédica que implica a personas debe ser la de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad.

## Principios básicos

- 1) La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente.
- 2) El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.
- 3) La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que estas hayan otorgado su consentimiento.
- 4) Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre el los interese de la ciencia y soledad.
- 5) Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personar y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.
- 6) Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los

riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

- 7) En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta declaración no deben ser aceptados para su publicación.
- 8) En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.
- 9) En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.
- 10) En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona.
- 11) El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe de indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente declaración.

## 11.12 Consentimiento informado.

El consentimiento informado es un documento de acto jurídico o normativo, el cual es una aportación valiosa del derecho a la práctica médica, el cual se basa en la comunicación entre el médico y el paciente que legitima el acto médico y otorga obligaciones y derechos recíprocos. Es un deber de los profesionales de la salud, el proporcionar información suficiente e idónea para que el paciente a través del consentimiento informado, ejerza su derecho al respeto a su autonomía y otorgue su permiso, toda vez que las acciones planeadas se realizarán en su beneficio y no maleficio, respetando en todo momento su voluntariedad y asumiendo de esta manera, todo un compromiso.

## 11 Cronograma

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MESES</b>	<b>LUGAR</b>
<b>Aprobación de protocolo de tesis</b>	Diciembre 2021	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
<b>Recopilación de datos</b>	Enero 2022	Clínica familiar Oriente "ISSSTE"
<b>Análisis de datos</b>	Marzo 2022	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
<b>Redacción de resultados y discusión</b>	Abril 2022	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
<b>Recepción y liberación de tesis</b>	27 de octubre de 2022	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

## 12 Análisis de resultados

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, con una muestra de 109 pacientes los cuales correspondían a adultos mayores de 60 años de edad, derechohabientes de la Clínica Familiar Oriente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado “ISSSTE”, ubicada en la alcaldía Iztapalapa, Ciudad de México.

En la Tabla 1, se muestra el total de la población en estudio, la cual está representada por 109 adultos mayores que corresponde al 100%, de los cuales el sexo femenino fue el de mayor predominio representando el 72.4%, mientras que el género masculino está representado por el 27.5% del total de la población. El rango de edad que tuvo mayor predominio en la población de estudio fue el de 75 a 79 años que corresponde al 24.7% del total de la población representada por 21 mujeres y 6 hombres. Seguido del grupo de edad de 65 a 69 años que corresponde al 22.5% representado por 19 mujeres y 5 hombres. En el grupo de edad de 80 a 84 años que corresponde al 19.2% del total de la población podemos observar que hubo una diferencia mínima relacionada con el número de pacientes encuestados según el sexo encontrando 10 hombres y 11 mujeres. El grupo de 70 a 74 años corresponde al 17.2% en el cual se observa que continúan predominando las mujeres con 14 encuestadas y 5 hombres. Podemos observar que en el grupo de 85 años y más corresponde al 11.9% en el cual también hubo mayor predominio en mujeres con 9 encuestadas y 4 hombres. El grupo de edad de menor predominio corresponde al de 60 a 64 años el cual corresponde al 4.5% en el cual sólo hubo 5 mujeres participantes.

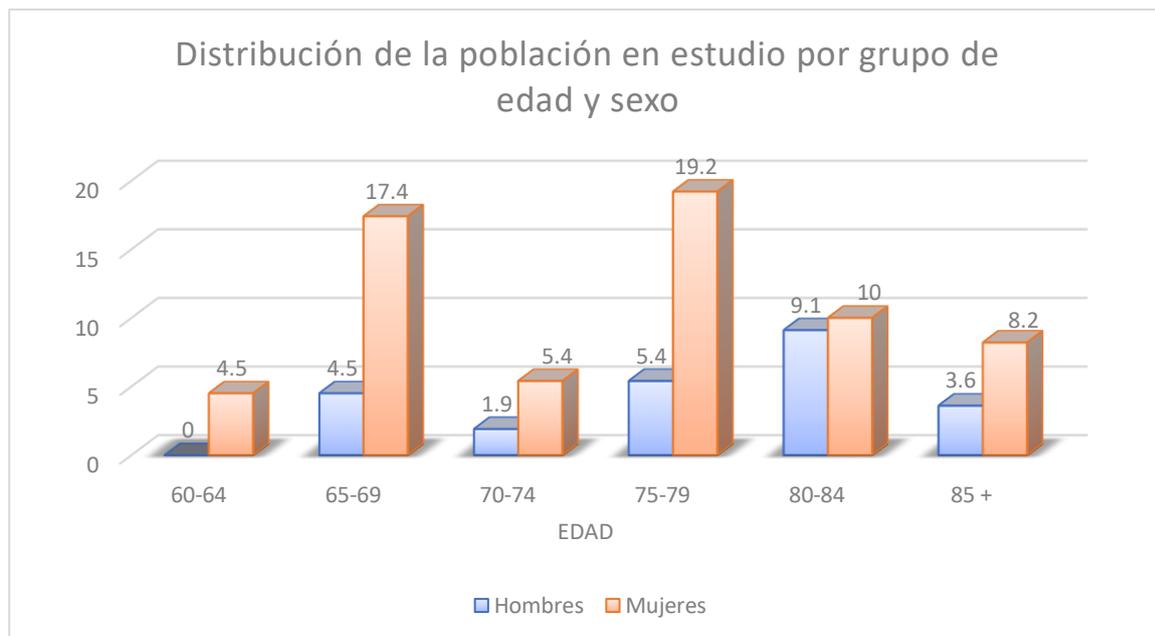
**Tabla 1**

*Distribución de la población en estudio por grupo de edad y sexo*

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>60 – 64 años</b>	0	0	5	4.5	5	4.5
<b>65 – 69 años</b>	5	4.5	19	17.4	24	22
<b>70 – 74 años</b>	5	1.9	14	5.4	19	7.4
<b>75 – 79 años</b>	6	5.4	21	19.2	27	24.7
<b>80 – 84 años</b>	10	9.1	11	10	21	19.2
<b>85 y más</b>	4	3.6	9	8.2	13	11.9
<b>Total</b>	30	27.5	79	72.4	109	100

Fuente Anexo 1

**Grafica 1**



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 1

En la Tabla 2 se puede observar la relación que hay del estado civil según el sexo, en donde encontramos que el mayor número de participantes de adultos mayores son casados, que corresponde a un 55% (de los cuales 21 son hombres y 39 mujeres), seguido por los viudos con el 25.6% (que corresponde a 7 hombres y 21 mujeres), hubo una similitud en cuanto al número de participantes que son divorciados y solteros los cuales corresponden a un 8.2% (que hacen referencia a 1 hombre y 8 mujeres), y por último se encuentran los que están en unión libre los cuales fue una minoría con un 2.7% (que corresponde a 3 mujeres).

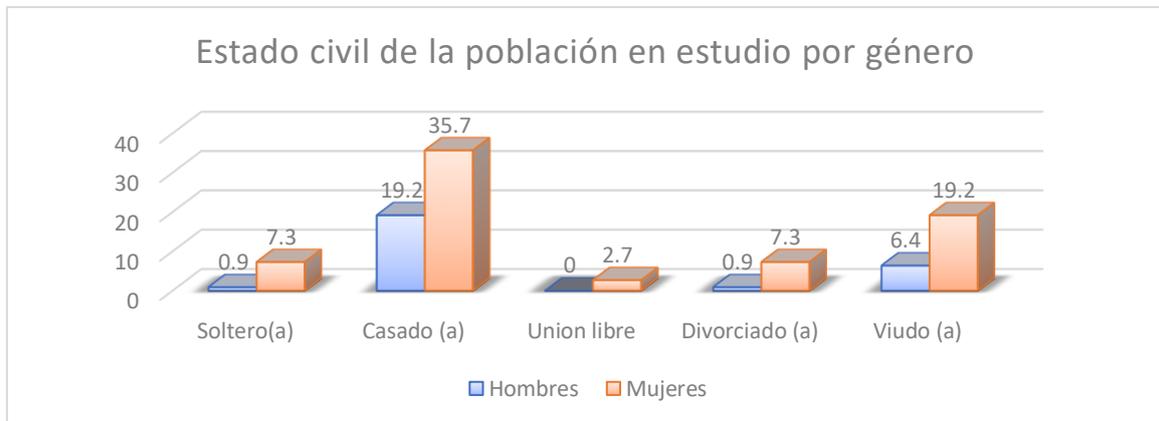
**Tabla 2**

*Factor de riesgo: Estado civil de la población en estudio según el sexo*

Sexo	Soltero		Casado		Unión libre		Divorciado		Viudo (a)		Total	
	(a)	(%)	(a)	(%)	(a)	(%)	(a)	(%)	(a)	(%)	(a)	(%)
<b>Hombre</b>	1	0.9	21	19.2	0	0	1	0.9	7	6.4	30	27.5
<b>Mujer</b>	8	7.3	39	35.7	3	2.7	8	7.3	21	19.2	79	72.4
<b>Total</b>	9	8.2	60	55	3	2.7	9	8.2	28	25.6	109	100

*Fuente Anexo 1*

## Grafica 2



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 2

En la Tabla 3 muestra que la secundaria es la escolaridad de mayor predominio en los adultos mayores derechohabientes de la Clínica Familiar Oriente con un 44% de acuerdo a la población total encuestada (que corresponde a 17 hombres y 31 mujeres), seguido de los que cursaron la Primaria con un 39.4% (que corresponde a 8 hombres y 35 mujeres), el 7.3% corresponde a los que cursaron el nivel superior (3 hombres y 5 mujeres), el 5.5% son analfabetas (que corresponde a 1 hombre y 5 mujeres), y solo el 3.6% cursaron el nivel medio superior (que corresponde a 1 hombre y 3 mujeres).

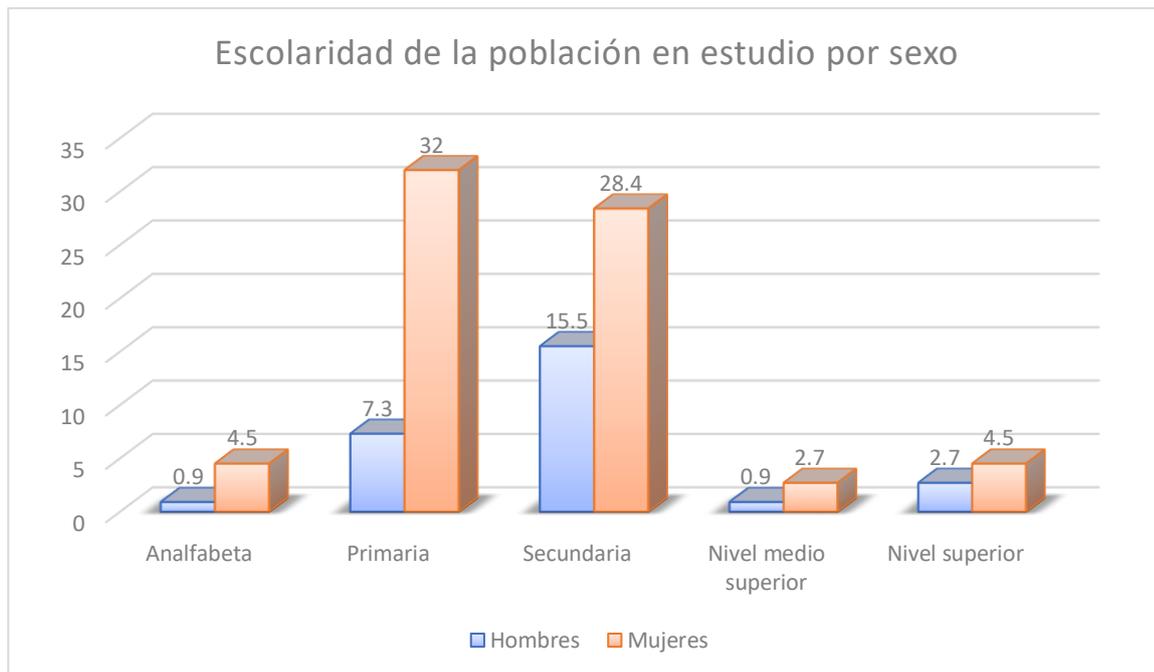
## Tabla 3

Factor de riesgo: Escolaridad de la población en estudio por sexo

Sexo	Analfabeta		Primaria		Secundaria		Nivel medio superior		Nivel Superior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Hombre</b>	1	0.9	8	7.3	17	15.5	1	0.9	3	2.7	30	27.5
<b>Mujer</b>	5	4.5	35	32	31	28.4	3	2.7	5	4.5	79	72.4
<b>Total</b>	6	5.5	43	39.4	48	44	4	3.6	8	7.3	109	100

Fuente Anexo 1

**Grafica 3**



*Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 3*

En la Tabla 4 podemos observar la relación que hay entre la ocupación y el sexo de cada participante, encontrando que la mayoría de los adultos mayores principalmente el sexo femenino se dedica a realizar actividades relacionadas con el hogar, el cual corresponde al 62.3% del total de la población representado por 68 mujeres. Seguido por el grupo de adultos mayores que se encuentran pensionados con un 24.7% con mayor predominio en el sexo masculino que está representado por 20 hombres y solo 5 mujeres. El 5.5% corresponde a los adultos mayores que se dedican al comercio informal los cuales únicamente se encuentran laborando una vez a la semana con una mínima diferencia entre ambos sexos representado por 4 hombres y 5 mujeres. El 3.8% está representado por aquellos adultos mayores que aún se encuentran ejerciendo su licenciatura o carrera técnica el cual está representado por 2 mujeres y 2 hombres. En el caso de los adultos mayores que se encuentran desempleados está representado también por el 3.8% que corresponde a 4 hombres, este grupo está constituido por aquellos

pacientes que presentan una discapacidad los cuales les impide realizar sus actividades de necesidad básica.

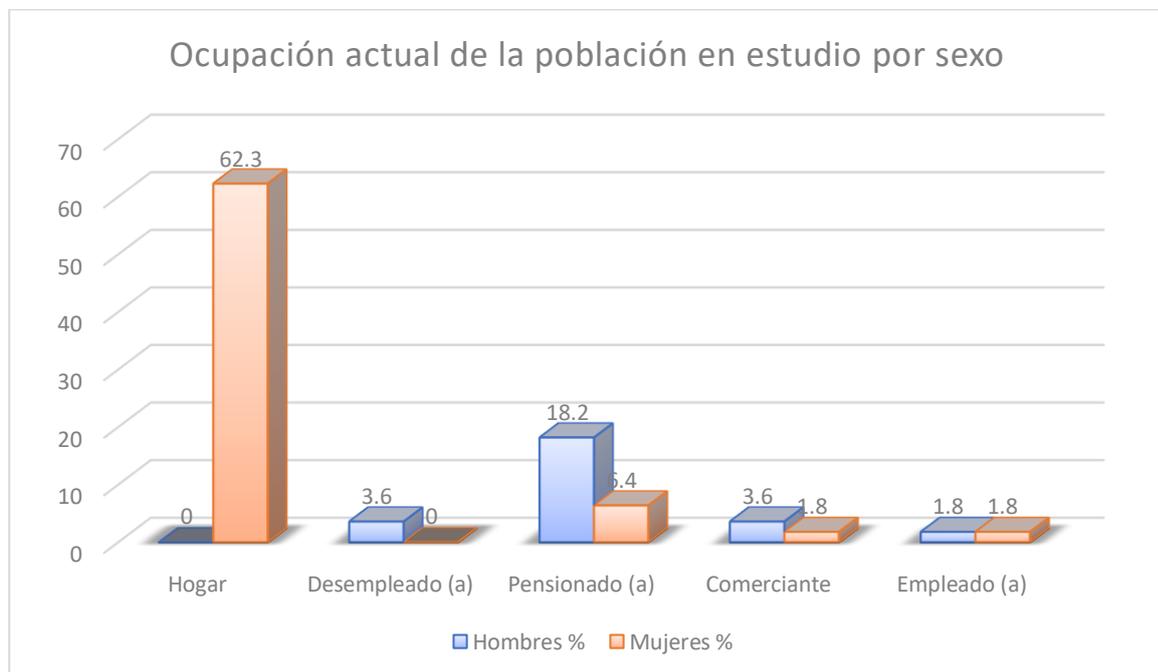
**Tabla 4**

*Factor de riesgo: Ocupación actual de la población en estudio por género*

Ocupación	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer		No.	%
	No.	%	No.	%		
<b>Hogar</b>	0	0	68	62.3	68	62.3
<b>Desempleado (a)</b>	4	3.6	0	0	4	3.6
<b>Pensionado (a)</b>	20	18.2	7	6.4	27	24.7
<b>Comerciante</b>	4	3.6	2	1.8	6	5.5
<b>Empleado (a)</b>	2	1.8	2	1.8	4	3.6
<b>Total</b>	30	27.5	79	72.4	109	100

*Fuente Anexo 1*

**Grafica 4**



*Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla No. 4*

En la Tabla 5 se puede observar las principales patologías que padecen nuestro grupo de estudio según su género, observando que en ellas hubo mayor predominio en el género femenino, serán mencionadas en orden descendente: Diabetes Mellitus tipo 2 de larga duración con el 68.8% representado por 52 mujeres y 23 hombres, seguido de Hipertensión arterial sistémica con el 66% representado por 56 mujeres y 16 hombres, Obesidad con el 14.6% representado 15 mujeres y 1 hombre, Gonartrosis con el 13.7% representado por 13 mujeres y 2 hombres, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con el 12.8% representado por 7 mujeres y 7 hombres, Síndrome de fragilidad con el 11.9% representado por 8 mujeres y 5 hombres, insuficiencia venosa periférica con el 11.9% representado por 11 mujeres y 2 hombres, Trastorno del sueño con el 10% representado por 10 mujeres y 1 hombre, Riesgo de caída con el 8.2% representado por 6 mujeres y 3 hombres, Enfermedad renal crónica con el 8.2% representado por 5 mujeres y 4 hombres, Osteoporosis con el 4.5% representado por 5 mujeres, Síndrome doloroso del manguito rotador con el 3.6% representado por 2 mujeres y 2 hombres, Infarto agudo de miocardio con el 2.7% en el cual hubo mayor predominio en los hombres, representado por 1 mujer y 2 hombres, Escoliosis con el 2.7% representado por 2 mujeres y 1 hombre, Colecistitis crónica con el 2.7% representado por 1 mujer y 2 hombres, Cataratas con el 2.7% representado por 3 mujeres, Hernia hiatal con el 2.7% representado por 3 mujeres, Enfermedad ácido péptica con el 2.7% representado por 3 mujeres, Osteoartrosis con el 2.7% representado por 3 mujeres, Enfermedad Vascul ar Cerebral con el 1.8 representado por 1 mujer y 1 hombre, Síndrome de inmovilidad con 1.8% representado por 2 hombres, Cardiopatía isquémica con el 1.8% representado por 2 mujeres, Anemia con el 1.8% representado por 1 mujer y 1 hombre, Deterioro cognitivo con el 1.8% representado por 1 mujer y 1 hombre, Dislipidemia con el 1.8% representado por 1 mujer y 1 hombre, Síndrome del abuelo esclavo con el 1.8% representado por 2 mujeres, Úlceras por presión con el 0.9% representado 1 hombre, Extrasístole ventricular con el 0.9% representado por 1 hombre, Alzheimer con el 0.9%

representado por 1 hombre, Asma con el 0.9% representado por 1 hombre, Hiperplasia prostática con el 0.9%, Hernia de disco con el 0.9% representado 1 hombre, Demencia con el 0.9% representado por 1 mujer, Cáncer de mama con el 0.9% representado por 1 mujer, Hepatitis C con el 0.9% representado por 1 mujer, Fibromialgia con el 0.9% representado por 1 mujer, Lumbalgia con el 0.9% representado por 1 mujer, Presbiacusia con el 0.9% representado por 1 mujer, Artrosis con el 0.9% representado por 1 mujer, Síndrome del túnel del carpo con el 0.9% representado por 1 mujer, Insuficiencia cardiaca con el 0.9% representado por 1 mujer, Periostitis pretibial con el 0.9% representado por 1 mujer, Persistencia del conducto arterioso con el 0.9% representado por 1 mujer, Enfermedad de Reflujo Gastroesofagico con el 0.9% representado por 1 mujer, Tabaquismo pasivo con el 0.9% representado por 1 mujer y Sobrepeso con el 0.9% representado por 1 mujer.

**Tabla 5**

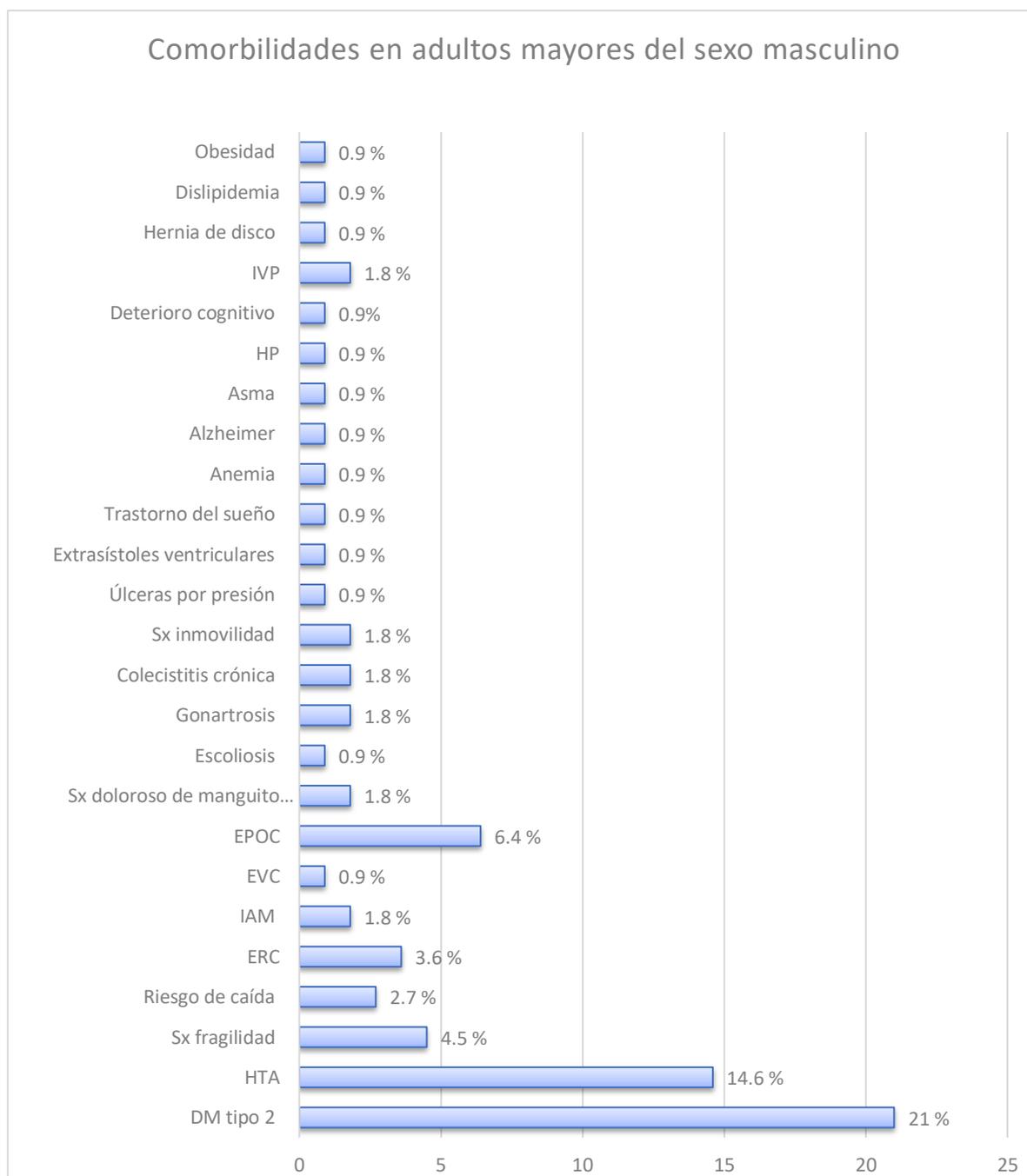
*Factor de Riesgo: Comorbilidades de acuerdo al sexo*

Comorbilidades	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Diabetes Mellitus tipo 2</b>	23	21	52	47.7	75	68.8
<b>Hipertensión arterial</b>	16	14.6	56	51.3	72	66
<b>Síndrome de fragilidad</b>	5	4.5	8	7.3	13	11.9
<b>Riesgo de caída</b>	3	2.7	6	5.4	9	8.2
<b>Enfermedad renal crónica</b>	4	3.6	5	4.5	9	8.2
<b>Infarto Agudo de miocardio</b>	2	1.8	1	0.9	3	2.7
<b>Enfermedad Vascular Cerebral</b>	1	0.9	1	0.9	2	1.8
<b>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</b>	7	6.4	7	6.4	14	12.8
<b>Síndrome doloroso de manguito rotador</b>	2	1.8	2	1.8	4	3.6
<b>Escoliosis</b>	1	0.9	2	1.8	3	2.7
<b>Gonartrosis</b>	2	1.8	13	11.8	15	13.7
<b>Colecistitis crónica</b>	2	1.8	1	0.9	3	2.7
<b>Síndrome de inmovilidad</b>	2	1.8	0	0	2	1.8
<b>Úlceras por presión</b>	1	0.9	0	0	1	0.9
<b>Cardiopatía isquémica</b>	0	0	2	1.8	2	1.8

<b>Extrasístoles ventriculares</b>	1	0.9	0	0	1	0.9
<b>Trastorno del sueño</b>	1	0.9	10	9	11	10
<b>Anemia</b>	1	0.9	1	0.9	2	1.8
<b>Alzheimer</b>	1	0.9	0	0	1	0.9
<b>Asma</b>	1	0.9	0	0	1	0.9
<b>Hiperplasia prostática</b>	1	0.9	0	0	1	0.9
<b>Deterioro cognitivo</b>	1	0.9	1	0.9	2	1.8
<b>Insuficiencia venosa periférica</b>	2	1.8	11	10	13	11.9
<b>Hernia de disco</b>	1	0.9	0	0	1	0.9
<b>Dislipidemia</b>	1	0.9	1	0.9	2	1.8
<b>Obesidad</b>	1	0.9	15	13.6	16	14.6
<b>Cataratas</b>	0	0	3	2.7	3	2.7
<b>Demencia</b>	0	0	1	0.9	1	0.9
<b>Cáncer de mama</b>	0	0	1	0.9	1	0.9
<b>Osteoporosis</b>	0	0	5	4.5	5	4.5
<b>Hernia hiatal</b>	0	0	3	2.7	3	2.7
<b>Enfermedad ácido péptica</b>	0	0	3	2.7	3	2.7
<b>Síndrome del abuelo esclavo</b>	0	0	2	1.8	2	1.8
<b>Osteoartrosis</b>	0	0	3	2.7	3	2.7
<b>Hepatitis C</b>	0	0	1	0.9	1	0.9
<b>Fibromialgia</b>	0	0	1	0.9	1	0.9
<b>Lumbalgia</b>	0	0	1	0.9	1	0.9
<b>Presbiacusia</b>	0	0	1	0.9	1	0.9
<b>Artrosis</b>	0	0	1	0.9	1	0.9
<b>Síndrome del túnel del carpo</b>	0	0	1	0.9	1	0.9
<b>Insuficiencia cardíaca</b>	0	0	1	0.9	1	0.9
<b>Periostitis pretibial</b>	0	0	1	0.9	1	0.9
<b>Persistencia del conducto arterioso</b>	0	0	1	0.9	1	0.9
<b>Enfermedad de reflujo gastroesofágico</b>	0	0	1	0.9	1	0.9
<b>Tabaquismo pasivo</b>	0	0	1	0.9	1	0.9
<b>Sobrepeso</b>	0	0	1	0.9	1	0.9

*Fuente anexo 1*

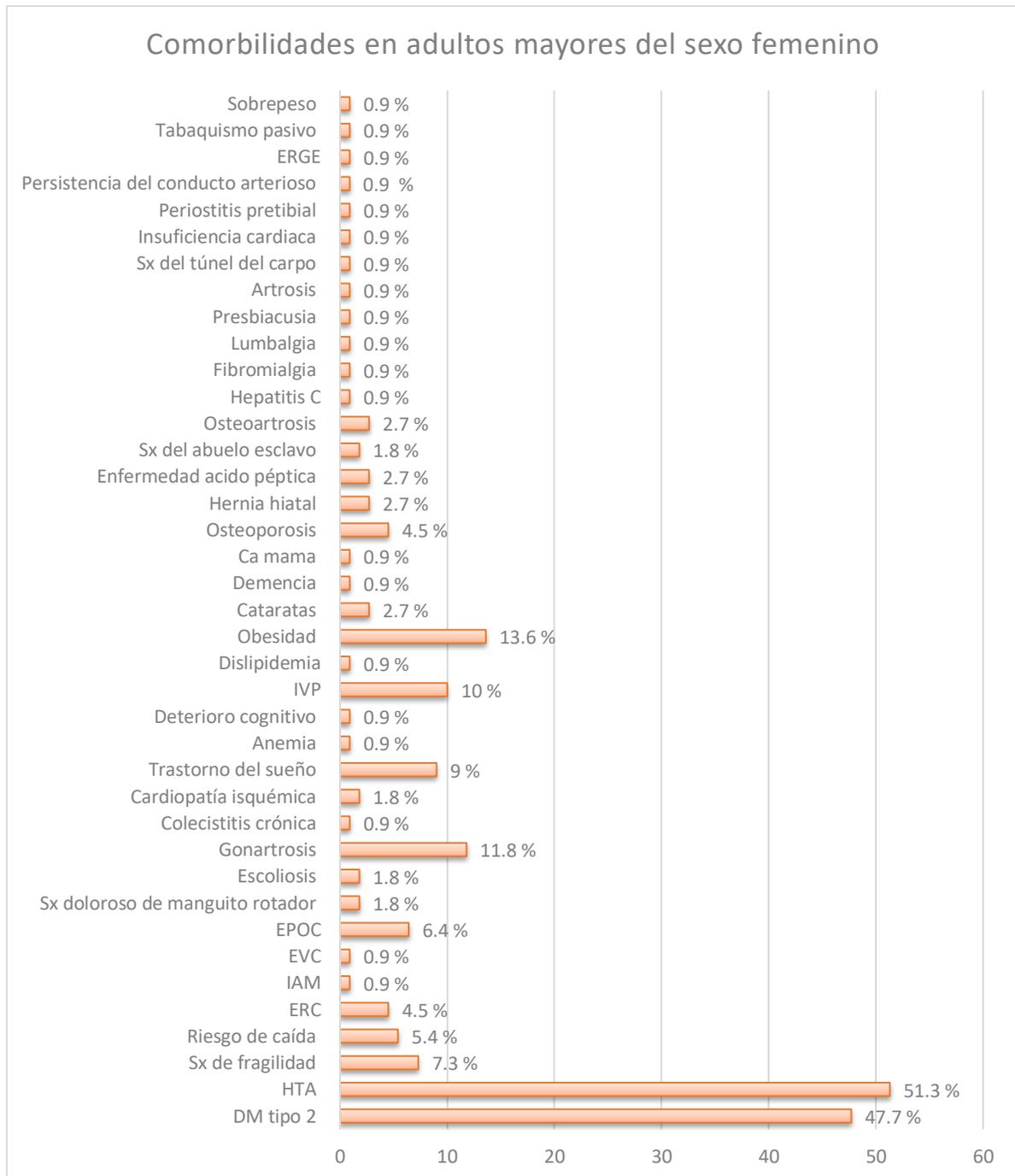
Grafica 5



*DM: Diabetes Mellitus; HTA: Hipertensión arterial; SX: Síndrome; ERC: Enfermedad Renal Crónica; IAM: Infarto Agudo al Miocardio; EVC: Enfermedad Vascul ar Cerebral; EPOC: Enfermedad Pulmonar Crónica; HP: Hiperplasia prostática; IVP: Insuficiencia Venosa Periférica*

*Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 5*

Grafica 6



*DM: Diabetes Mellitus; HTA: Hipertensión arterial; SX: Síndrome; ERC: Enfermedad Renal Crónica; IAM: Infarto Agudo al Miocardio; EVC: Enfermedad Vascul ar Cerebral; EPOC: Enfermedad Pulmonar Crónica; Ca: Cáncer; IVP: Insuficiencia Venosa Periférica; ERGE: Enfermedad por reflujo gastroesofágico*

*Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 5*

En la Tabla 6 se observan los resultados obtenidos al aplicar la Escala de depresión geriátrica de Yesavage al grupo de estudio, la cual está basada en un cuestionario de 15 ítems relacionada con el estado de ánimo del adulto mayor en los últimos 7 días, en los cual solo la respuesta es Si o No, se asigna un punto por cada respuesta que coincida con datos de depresión. Según los datos obtenidos las mujeres son quienes padecen en su mayoría depresión representada por el 44.9% del total de la población a comparación de los hombres quienes representaron el 20.1%. El 34.8% del total de la población no padecen ningún tipo de depresión representado por el 27.5% en el género femenino y por el 7.3% en el género masculino. A continuación, se va a desglosar el tipo de depresión según el grupo de edad y género en orden descendente con relación al porcentaje de adultos mayores que la padecen.

Encontrando que el 36.6% del total de la población padece Depresión leve en el cual según el grupo de edad observamos que los de 80 a 84 años son quienes padecen mayor depresión leve en ambos géneros representado por el 5.4%. Seguido por el grupo de 70 a 74 años, representado en su mayoría por el género femenino con el 6.4% y en hombres con el 3.6%. Después se encuentra el grupo de edad de 75 a 79 años con el 6.3%, representado en su mayoría por el género femenino con el 5.4% y en hombres con el 0.9%. Posteriormente se encuentra el grupo de 65 a 69 años con el 4.5%., representado por en su mayoría por el género femenino con el 3.6% y en hombres con el 0.9%. Con el 3.6% se encuentra el grupo de edad de 85 años y más, representado en su mayoría por el género femenino con el 2.7% y en hombres con el 0.9%. Por último, encontramos al grupo de edad de 60 a 64 años representado sólo por el género femenino con el 0.9%.

El 19.1% del total de la población padece Depresión moderada, según el grupo de edad se puede observar que los de 75 a 79 años son quienes en su mayoría la padecen con el 5.4%, en su mayoría representado por el género femenino con el 4.5% a comparación de los hombres con el 0.9%. Seguido por el grupo de edad de 65 a 69 años con el 4.5%, representado en su mayoría

por el género femenino con el 3.6% a comparación de los hombres con el 0.9%. Con el 3.6% se encuentra el grupo de edad de 80 a 84 años, representado por el 1.8% tanto por el género femenino y masculino, también encontramos al grupo de edad de 85 años y más el cual está representado en su mayoría por el género femenino con el 2.7% a comparación del género masculino con el 0.9%. Y por último encontramos al grupo de edad de 70 a 74 años el cual está representado solo por el género femenino con el 1.8%.

El 9.1% del total de la población padece Depresión grave, según el grupo de edad podemos observar que en su mayoría está representado por el grupo de edad de 75 a 79 años con él 2.7% que a su vez está representado en su mayoría por el género femenino que corresponde al 1.8% en comparación con el género masculino que solo representa el 0.9%. Seguidos por los grupos de edad de 65 a 69 años, 80 a 84 años y de 85 años y más que cada uno representa el 1.8% del total de la población, en el caso del grupo de 65 a 69 años está representado por el género femenino con el 1.8%, en el grupo de 80 a 84 años está representado por el 0.9% en el género masculino y con el 0.9% en el género femenino y el grupo de 85 años y más está representado únicamente por el género femenino. Por último, tenemos al grupo de edad de 70 a 74 años el cual se presentó en un 0.9% representado por el género femenino.

**Tabla 6**

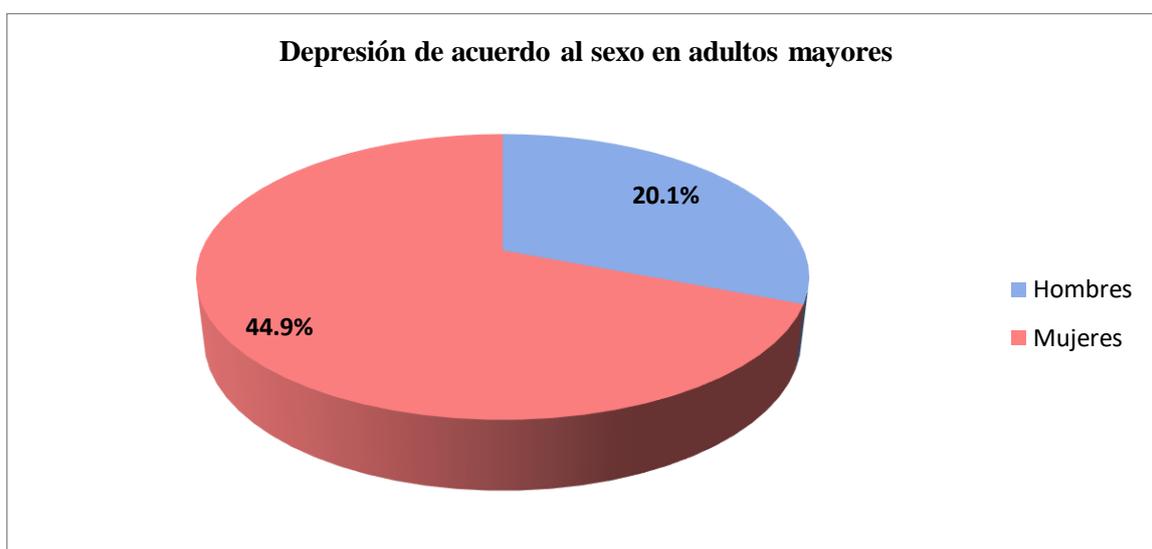
*Factor de riesgo: Tipo de depresión según edad y sexo.*

Edad	Tipo de depresión																Total			
	Sin depresión				Depresión leve				Depresión moderada				Depresión grave							
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer					
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
<b>60-64</b>	0	0	4	3.6	0	0	1	0.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4.5
<b>65-69</b>	3	2.7	9	8.2	1	0.9	4	3.6	1	0.9	4	3.6	0	0	2	1.8	24	22		
<b>70-74</b>	1	0.9	4	3.6	4	3.6	7	6.4	0	0	2	1.8	0	0	1	0.9	19	17.4		

<b>75-79</b>	2	1.8	8	7.3	1	0.9	6	5.4	1	0.5	5	4.1	1	0.2	2	1.8	26	23.8
<b>80-84</b>	1	0.9	2	1.8	6	5.4	6	5.4	2	1.2	2	1.8	1	0.9	1	0.9	21	19.2
<b>85 y más</b>	1	0.9	3	2.7	3	2.7	1	0.9	1	0.3	3	2.7	0	0	2	1.8	14	12.8
<b>Total</b>	8	7.3	30	27.5	13	13.7	25	22.9	5	4.5	16	14.6	2	1.8	8	7.3	109	100

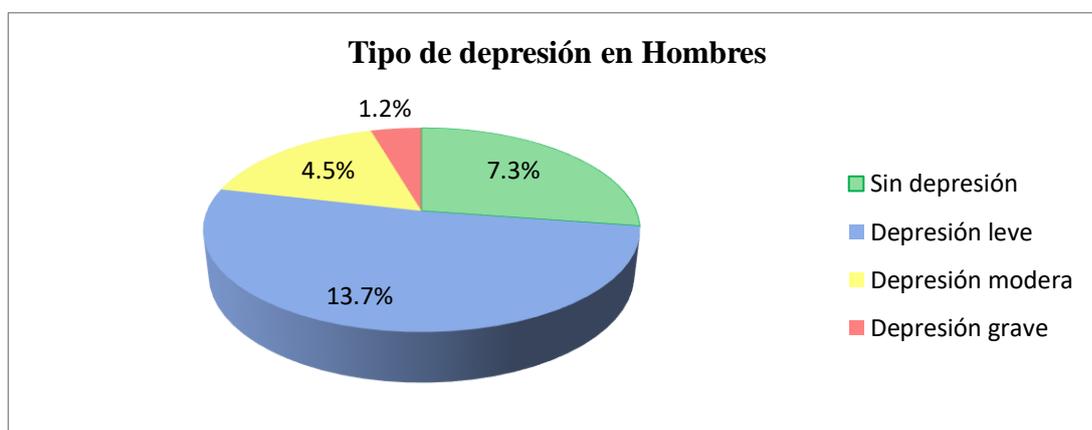
Fuente: Anexo 2

Grafica 7



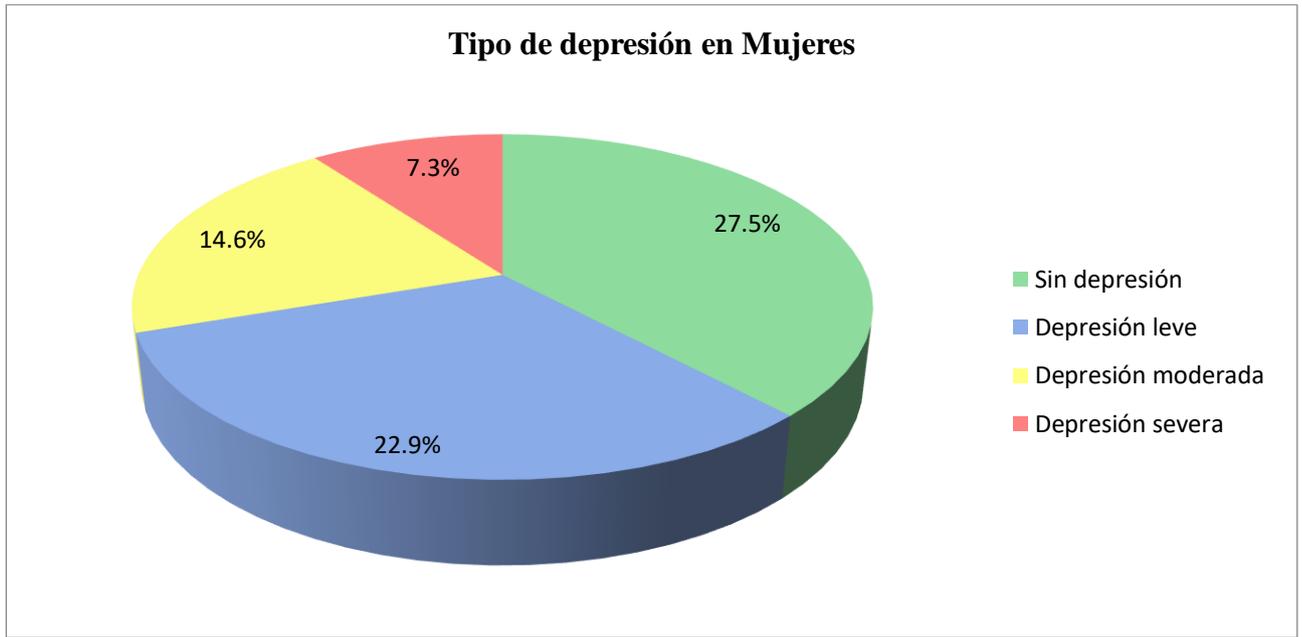
Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 6

Grafica 8



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 6

Grafica 9



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla No. 6

En la Tabla 7, se puede observar la relación que hay entre el tipo de depresión asociado a la ocupación y el sexo de cada adulto mayor, encontrando que el 34.8% del total de la población no padece ningún tipo de depresión, representado por 24 mujeres que se dedican al hogar, 6 hombres y 5 mujeres que están pensionados, 2 hombres que aún se encuentran desempeñando su licenciatura (ingeniero en sistemas computaciones y profesor de educación física) y una mujer que se encuentra dando clases de psicología en la Universidad. El 36.6% del total de la población padece depresión leve el cual está representado por 22 mujeres que se dedican al hogar, 2 hombres que se encuentran desempleados los cuales presentan una discapacidad (motriz), el grupo de los pensionados en los cuales hubo mayor predominio en el género masculino representado por 10 participantes a comparación de las mujeres que fue la minoría representado por 2 participantes, por último encontramos a los que se dedican al comercio representado por 3 hombres y una mujer.

El 19.1 del total de la población presenta depresión moderada el cual está representado en su mayoría por el género femenino que se dedica al hogar con 15 participantes, seguido por el

grupo de los pensionados representado solo por el género masculino con 3 participantes, por último, encontramos los desempleados representados por un hombre y al grupo de los que aún se encuentran laborando representado por una mujer.

El 9.1% del total de la población presenta Depresión grave la cual está representada por 7 mujeres que se dedican al hogar, un hombre que se encuentra desempleado debido a discapacidad motriz, un hombre que es pensionado y una mujer que es comerciante.

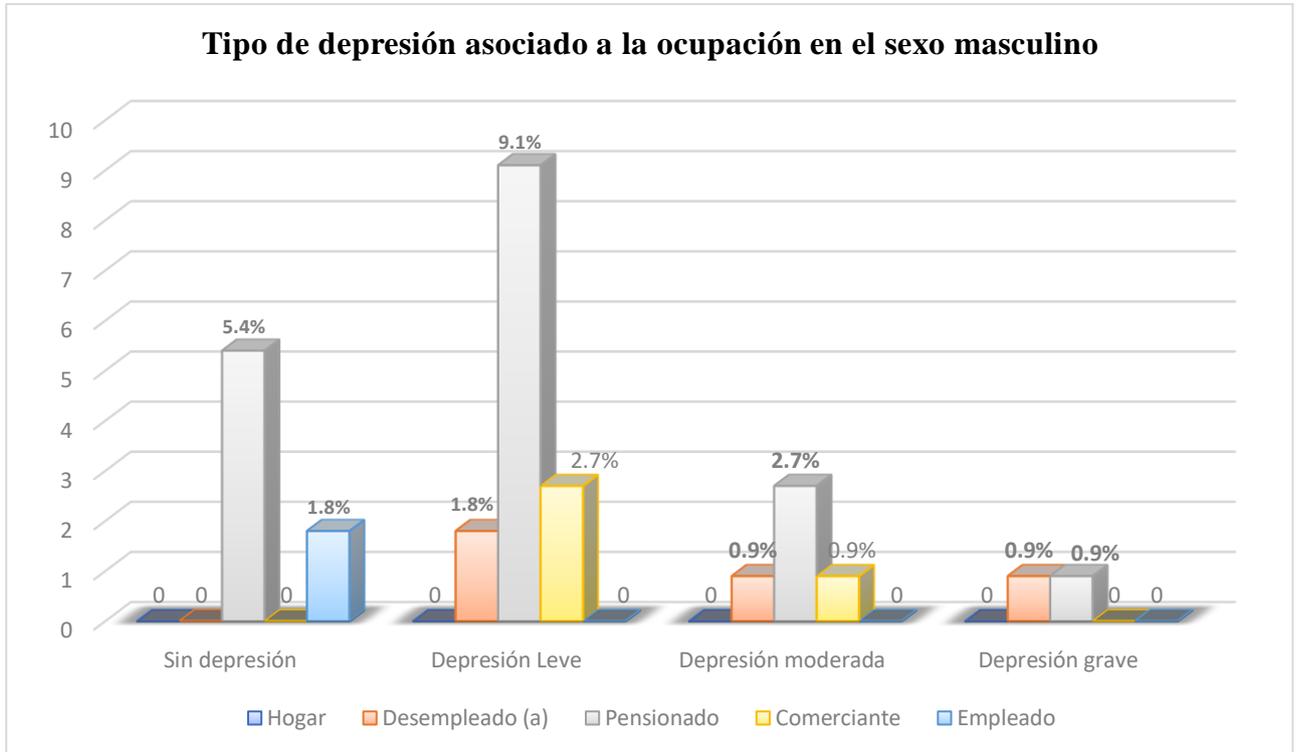
**Tabla 7**

*Factor de riesgo: Tipo de Depresión según la ocupación y género*

Ocupación	Sin depresión		Depresión leve				Depresión moderada				Depresión severa				Total			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Hogar</b>	0	0	24	21.9	0	0	2	20.2	0	0	15	13.7	0	0	7	6.4	68	62.3
<b>Desempleado (a)</b>	0	0	0	0	2	1.8	0	0	1	0.9	0	0	1	0.9	0	0	4	3.6
<b>Pensionado (a)</b>	6	5.4	5	4.5	10	9.1	2	1.8	3	2.7	0	0	1	0.9	0	0	27	24.7
<b>Comerciante</b>	0	0	0	0	3	2.7	1	0.9	1	0.9	0	0	0	0	1	0.9	6	5.5
<b>Empleado (a)</b>	2	1.8	1	0.9	0	0	0	0	0	0	1	0.9	0	0	0	0	4	3.6
<b>Total</b>	8	7.3	30	27.5	15	13.7	2	1.8	5	4.5	16	14.6	2	1.8	8	7.3	109	100

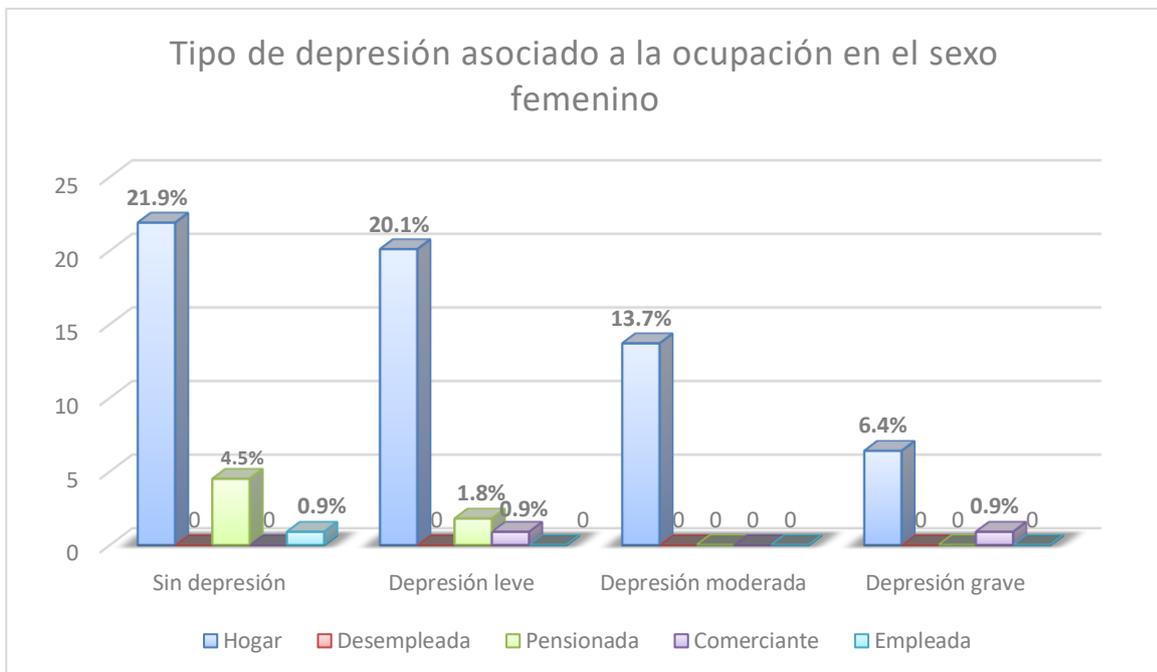
*Fuente: Anexo I*

**Grafica 10**



*Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla No. 7*

**Grafica 11**



*Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 7*

En la Tabla 8, se puede observar que, al asociar el tipo de depresión con la escolaridad y el sexo, muestra que la mayoría de adultos mayores padecen depresión leve representando el 36.6% del total de la población en estudio, de los cuales en su mayoría la padecen aquellos que cursaron únicamente con Primaria representado con el 11% en mujeres y el 6.4% en hombres, seguido por aquellos que cursaron la Secundaria con el 8.2% en mujeres y el 6.4% en hombres. Con una minoría se encuentran aquellos que cursaron el Nivel medio superior representado por el 2.7% en mujeres y el 0.9% en hombres, a Nivel superior fue representado por una mujer con el 0.9%. Posteriormente encontramos que la depresión moderada representa el 19.1% del total de la población en estudio, seguimos observando que la educación básica sigue predominando como factor de riesgo para padecerla representada por mujeres con el 11% y un hombre con el 0.9% a nivel Primaria y a nivel Secundaria encontramos que está representada por el 2.7% en hombres y el 1.8% en mujeres. El nivel Medio Superior y Superior continúa siendo minoría a diferencia de la educación básica. Hubo mayor predominio a Nivel superior representando el 1.8% por un hombre y una mujer y con el 0.9% fue representado el Nivel medio superior por una mujer.

En cuanto a la depresión severa se puede observar que continúa predominando la educación básica, el 3.6% corresponde a nivel Primaria representado por únicamente por mujeres, también el 3.6% corresponde a nivel Secundaria representado por el 2.7% en mujeres y el 0.9% en hombres. Solo se presentó un caso a Nivel Superior con el 0.9% representado por una mujer jubilada del área de la salud. Y también el 0.9% corresponde a un caso de un hombre Analfabeta.

En cuanto a los adultos mayores que no presentan ningún tipo de depresión corresponde al 34.8% representado por el 4.5% de mujeres Analfabetas, el 6.4% de mujeres con Primaria, el 10% de mujeres y 5.5% de hombres con Secundaria, el 4.5% de mujeres con Nivel Medio Superior y el 3.6% corresponde a hombres y mujeres con Nivel Superior.

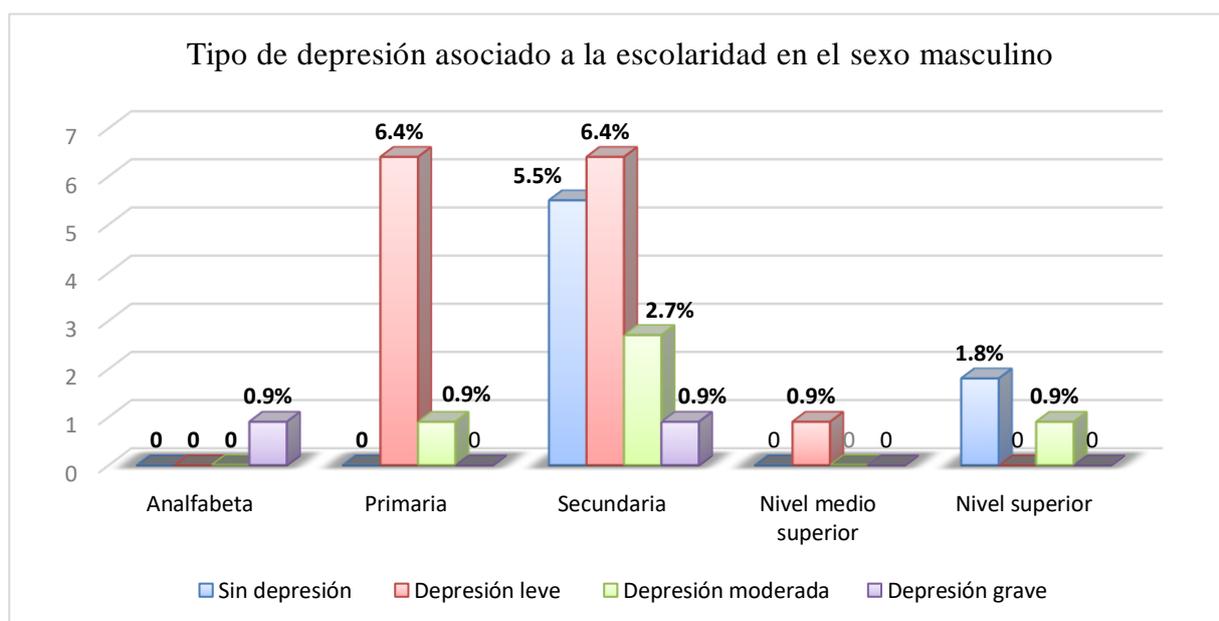
Tabla 8

Factor de riesgo: Tipo de Depresión según la escolaridad y el sexo

Escolaridad	Sin depresión				Depresión leve				Depresión moderada				Depresión severa				Total	
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hom bre		Mujer		Hom bre		Muje r		No	%
	N	%	No	%	No	%	N	%	N	%	No	%	N	%	N	%		
Analfabeta	0	0	5	4.5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.9	0	0	6	5.5
Primaria	0	0	7	6.4	7	6.4	1	11	1	0.9	12	11	0	0	4	3.6	43	39.4
Secundaria	6	5.5	11	10	7	6.4	9	8.2	3	2.7	2	1.8	1	0.9	3	2.7	42	38.5
Nivel medio superior	0	0	5	4.5	1	0.9	3	2.7	0	0	1	0.9	0	0	0	0	10	9.1
Nivel superior	2	1.8	2	1.8	0	0	1	0.9	1	0.9	1	0.9	0	0	1	0.9	8	7.3
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>7.3</b>	<b>30</b>	<b>27.5</b>	<b>15</b>	<b>13.7</b>	<b>22</b>	<b>22.5</b>	<b>5</b>	<b>4.5</b>	<b>16</b>	<b>14.6</b>	<b>2</b>	<b>1.8</b>	<b>8</b>	<b>7.3</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

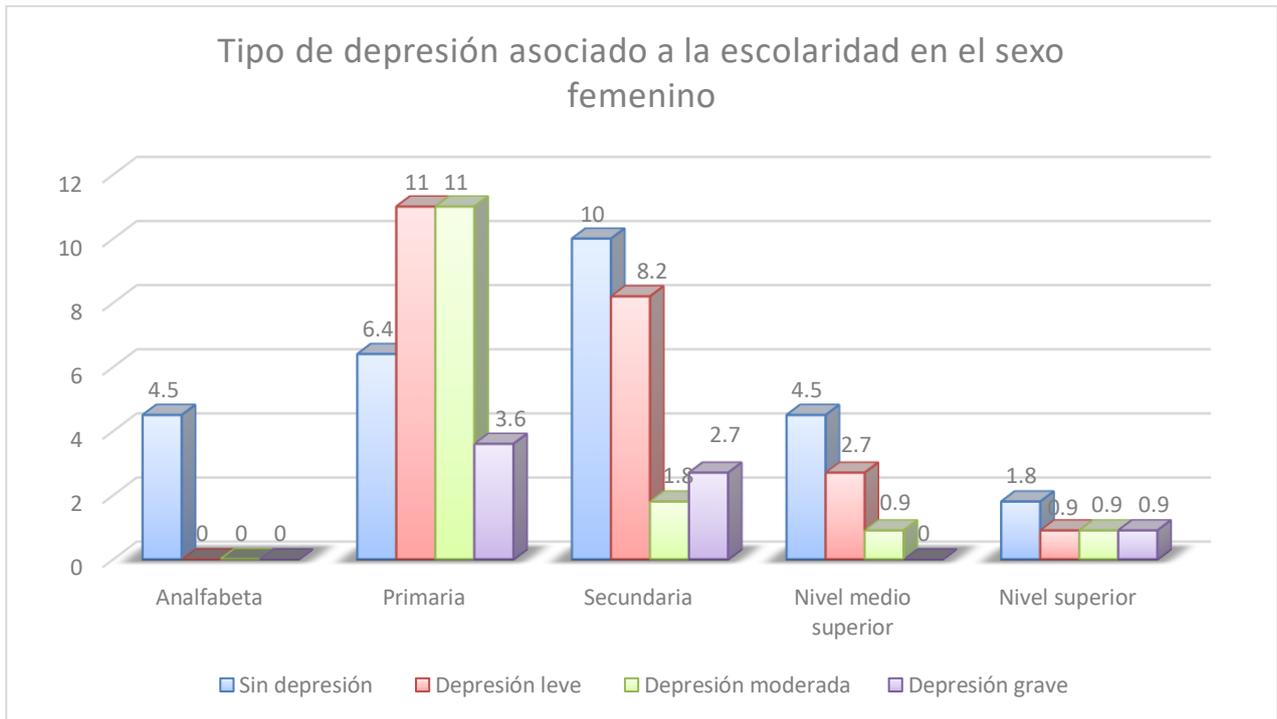
Fuente: Anexo 1

Grafica 12



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 8

**Grafica 13**



*Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 8*

En la Tabla No. 9 se puede observar que el total de la población de adultos mayores que no padece ningún tipo de depresión corresponde al 34.8%, de los cuales según el rango de edad y sexo se observó que en el grupo de edad de 60 a 69 años el 89.4% del total de esa población cuenta con una algún tipo de red de apoyo desglosado de la siguiente manera: en cuanto al apoyo a las Necesidades fisiológicas el 0% de la población refieren que no la reciben. Apoyo económico solo el 28.9% que corresponde únicamente al sexo femenino lo reciben por parte de un integrante de la familia en especial esposo o hijos. En cuanto al Apoyo emocional solo el 34.1% del total de la población la reciben en su mayoría las mujeres con un 26.3% a comparación de los hombres con el 7.8%. El 5.2% del total de la población que corresponde a mujeres refiere que pasan la mayor parte del tiempo del día solas. El 21% del total de la población refiere que cuando acuden a su consulta médica las acompañan algún integrante de la familia, principalmente reciben este apoyo las mujeres con 18.4% a comparación de los hombres con el 2.6%.

En el grupo de edad de 70 a 79 años solo el 5.2% reciben apoyo en cuanto a sus necesidades fisiológicas representado por un hombre y una mujer. El Apoyo económico principalmente lo reciben las mujeres con el 23.6% a comparación de los hombres con un 5.2%. El apoyo emocional principalmente lo reciben las mujeres con el 28.9% a comparación de los hombres con el 7.8%. En este grupo de edad los adultos mayores que viven solos o que pasan la mayor parte del tiempo solos también corresponde principalmente a las mujeres con el 10.5%. Las mujeres también son quienes principalmente las acompañan a su consulta médica con el 15.7% a comparación de los hombres con el 5.2%.

Por último, en el rango de edad de 80 años y más se observa que solo el 2.6% corresponde a las mujeres que reciben apoyo en sus necesidades fisiológicas. En este grupo de edad se puede observar que el apoyo económico lo reciben tanto hombres como mujeres, aún predominando en las mujeres con el 13.1% a comparación de los hombres con el 5.2%. El apoyo emocional principalmente lo reciben las mujeres con el 13.1% a comparación de los hombres que solo lo reciben el 2.6%. También en este grupo de edad se observó que solo el 2.6% se queda solo la mayor parte del día. Y que las mujeres son a las que principalmente las acompañan a su consulta médica con un 10.5% a comparación de los hombres con el 2.6%.

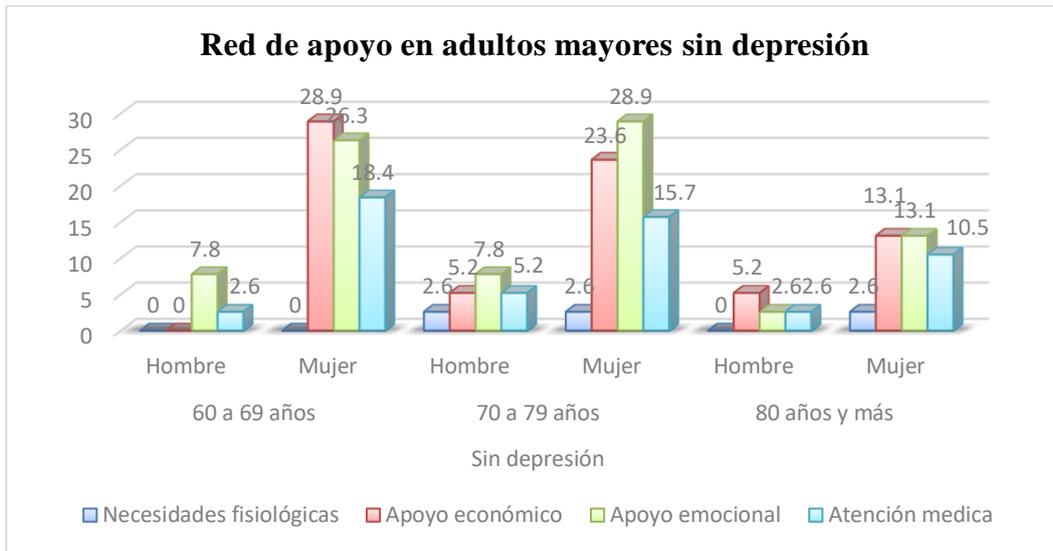
**Tabla 9**

*Factor de riesgo: Red de apoyo familiar en adultos mayores sin depresión*

Red de apoyo	Sin depresión											
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 y más			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
<b>Necesidades fisiológicas</b>	0	0	0	0	1	2.6	1	2.6	0	0	1	2.6
<b>Apoyo económico</b>	0	0	11	28.9	2	5.2	9	23.6	2	5.2	5	13.1
<b>Apoyo emocional</b>	3	7.8	10	26.3	3	7.8	11	28.9	1	2.6	5	13.1
<b>Atención médica</b>	1	2.6	7	18.4	2	5.2	6	15.7	2	2.6	4	10.5

Fuente: Anexo 3

Grafica 14



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 9

Por lo que se refiere a la Depresión leve, en la Tabla 10 observamos que quienes cuentan con una red de apoyo familiar principalmente son los del grupo de 70 a 79 años, en segundo lugar, los del grupo de 80 años y más y finalmente se encuentran los del grupo de 60 a 69 años.

Así mismo el tipo de apoyo que reciben principalmente es el emocional desglosado de la siguiente manera: de 60 a 69 años solo el 12.5% lo reciben las mujeres, de 70 a 79 años el 27.5% corresponde mujeres y el 10% a hombres y de 80 años y más principalmente lo reciben los hombres con el 22.5% a diferencia de las mujeres con el 17.5%. En segunda instancia encontramos el apoyo económico el cual principalmente lo reciben las mujeres debido a la ocupación que desempeñan en el hogar. De igual modo encontramos que el grupo de 70 a 79 años son quienes en su mayoría lo reciben representado por el 25% en mujeres a diferencia de los hombres con el 5%, le sigue el grupo de 80 años y más con el 17.5% en mujeres y el 2.5% en hombres y por último el grupo de 60 a 69 años de los cuales únicamente las mujeres lo reciben con el 7.5%.

En particular el apoyo en las necesidades fisiológicas los adultos mayores refieren que no lo requieren ya que lo pueden hacer por sí mismos, solo se presentaron 2 casos de mujeres en el grupo de edad de 70 a 79 años y 1 hombre en el grupo de 80 años y más que lo requerían.

De igual modo encontramos que aquellos adultos que iban acompañados a su consulta médica principalmente eran los del grupo de 70 a 79 principalmente eran acompañadas las mujeres con el 20% a diferencia de los hombres con el 7.5%. En segundo lugar, están los del grupo de 80 años y más igualmente el sexo femenino en su mayoría con el 17.5% y los hombre con el 12.5%.

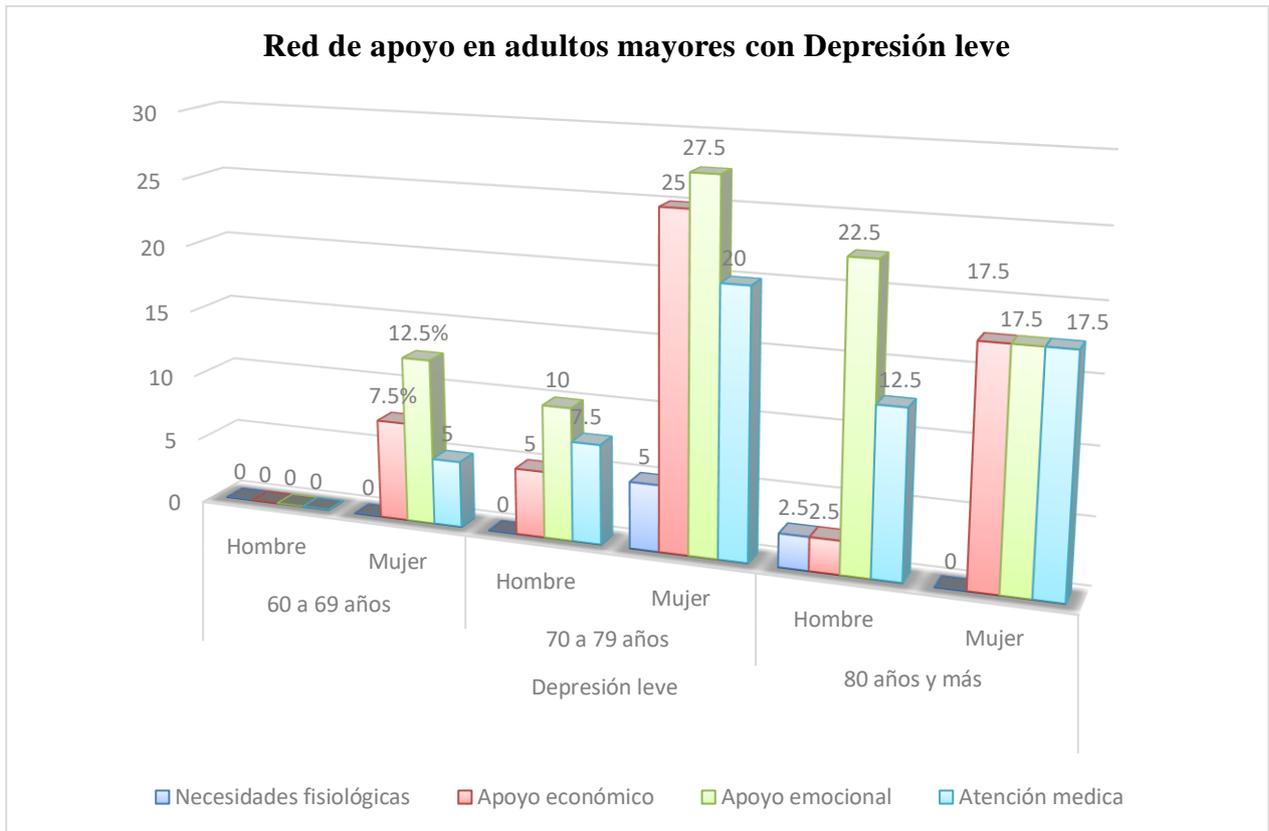
**Tabla 10**

*Factor de riesgo: Red de apoyo familiar en adultos mayores con depresión leve*

Red de apoyo	Depresión leve											
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 y más			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	N	%	No	%	No	%	N	%	N	%	No	%
Necesidades fisiológicas	0	0	0	0	0	0	2	5	1	2.5	0	0
Apoyo económico	0	0	3	7.5	2	5	10	25	1	2.5	7	17.5
Apoyo emocional	0	0	5	12.5	4	10	11	27.5	9	22.5	7	17.5
Atención médica	0	0	2	5	3	7.5	8	20	5	12.5	7	17.5

Fuente: Anexo 3

**Grafica 15**



*Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 10*

De manera semejante en la Tabla 11 vemos que el apoyo emocional continúa siendo el que más reciben los adultos mayores igualmente en su mayoría las mujeres del grupo de 70 a 79 años con el 19% a diferencia de los hombres con el 4%. Seguido por el grupo de 80 años y más, en este grupo podemos observar que incrementa el apoyo que reciben los hombres con el 14.2% haciendo que sea menor la diferencia con respecto a las mujeres con el 19%. Y finalmente en el grupo de 60 a 69 años únicamente lo reciben el 9.5% que corresponde solo al sexo femenino.

Por otro lado, el apoyo económico principalmente lo reciben los del grupo de 80 años y más, de manera semejante en su mayoría las mujeres lo reciben con el 23.8% a diferencia de los hombres con el 9.5%, seguido del grupo de 70 a 79 años representado por el 19% en mujeres y finalmente el grupo de 60 a 69 años solo el 4.7% de las mujeres lo reciben.

El apoyo en las necesidades fisiológicas que reciben los adultos mayores continúa siendo poco recibido, dicho de otra manera, los grupos que recibieron dicho apoyo son el de 80 años y más con el 9.5% en las mujeres y el 4.7% en los hombres, de igual manera lo recibieron los del grupo de 60 a 69 años representado únicamente por el sexo femenino con el 4.7%.

Algo semejante sucede con el apoyo reciben al ser acompañados a su consulta médica, recibéndolo en su mayoría los de grupo de 80 años y más representado por el 14.2% en las mujeres y con el 9.5% en los hombres, seguidos por el grupo de edad de 70 a 79 años los cuales únicamente el sexo femenino lo reciben con un 14.2%. Por último, se encuentra el grupo de 60 a 69 años, los cuales en su mayoría las mujeres la reciben con el 9.5% a diferencia de los hombres con el 4.7%.

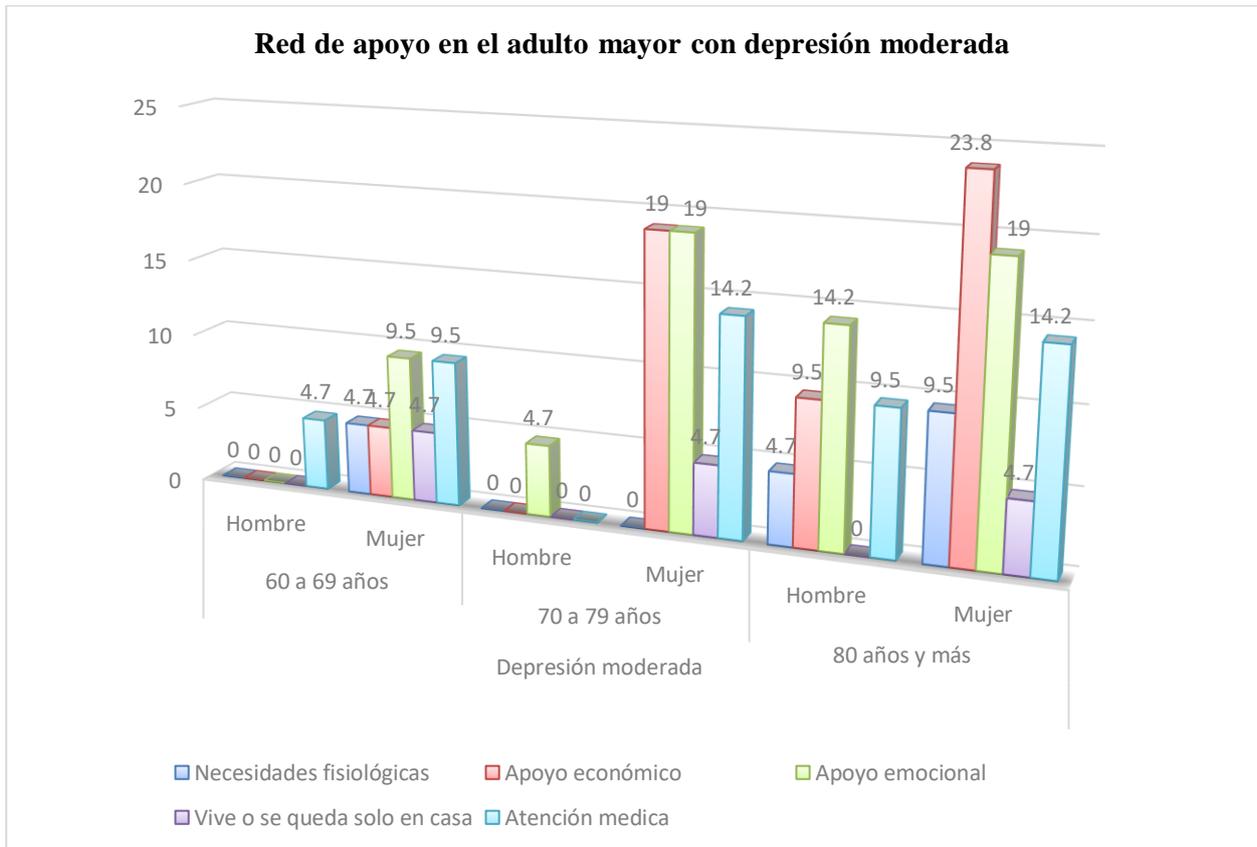
**Tabla 11**

*Factor de riesgo: Red de apoyo familiar en adultos mayores con depresión moderada*

Red de apoyo	Depresión moderada											
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 y más			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	N	%	No	%	No	%	N	%	N	%	N	%
Necesidades fisiológicas	0	0	1	4.7	0	0	0	0	1	4.7	2	9.5
Apoyo económico	0	0	1	4.7	0	0	4	19	2	9.5	5	23.8
Apoyo emocional	0	0	2	9.5	1	4.7	4	19	3	14.2	4	19
Atención médica	1	4.7	2	9.5	0	0	3	14.2	2	9.5	3	14.2

Fuente: Anexo 3

Grafica 16



*Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 11*

Por lo que se refiere a la depresión grave podemos observar en la Tabla 12 que las mujeres son quienes tienen una mayor red de apoyo. De igual modo el grupo de edad que mayormente la reciben son los de 80 años y más, seguido por el de 70 a 79 años y en una minoría los del grupo de 60 a 69 años.

El apoyo emocional como ya se había dicho continúa siendo predominante encontrando de igual manera que el grupo de 80 años y más son quienes mayormente lo reciben con el 20% en el caso de las mujeres y en los hombres con el 10%. Seguido por los grupos 60 a 69 años y de 70 a 79 años quienes únicamente lo reciben las mujeres con el 10%.

Habría que decir también que el apoyo económico lo continúan recibiendo en su mayoría el sexo femenino, de ahí que el grupo de 80 años y más sigue predominando con el 20% en las mujeres

y el 10% en hombres, seguido por los grupos de 60 a 69 años y 70 a 79 años con el 20% en mujeres.

Conforme al apoyo en las necesidades fisiológicas, ninguno de los que la padecen lo reciben por parte de alguna persona.

En el caso de la atención médica los del grupo de 60 a 69 años son los que principalmente los acompaña a su consulta en especial al sexo femenino con el 20%. Ahora bien, en cuanto a los grupos de 0 a 79 años y de 80 años y más hubo una similitud en cuanto al número de personas que la reciben, dicho lo anterior lo representan con el 10%.

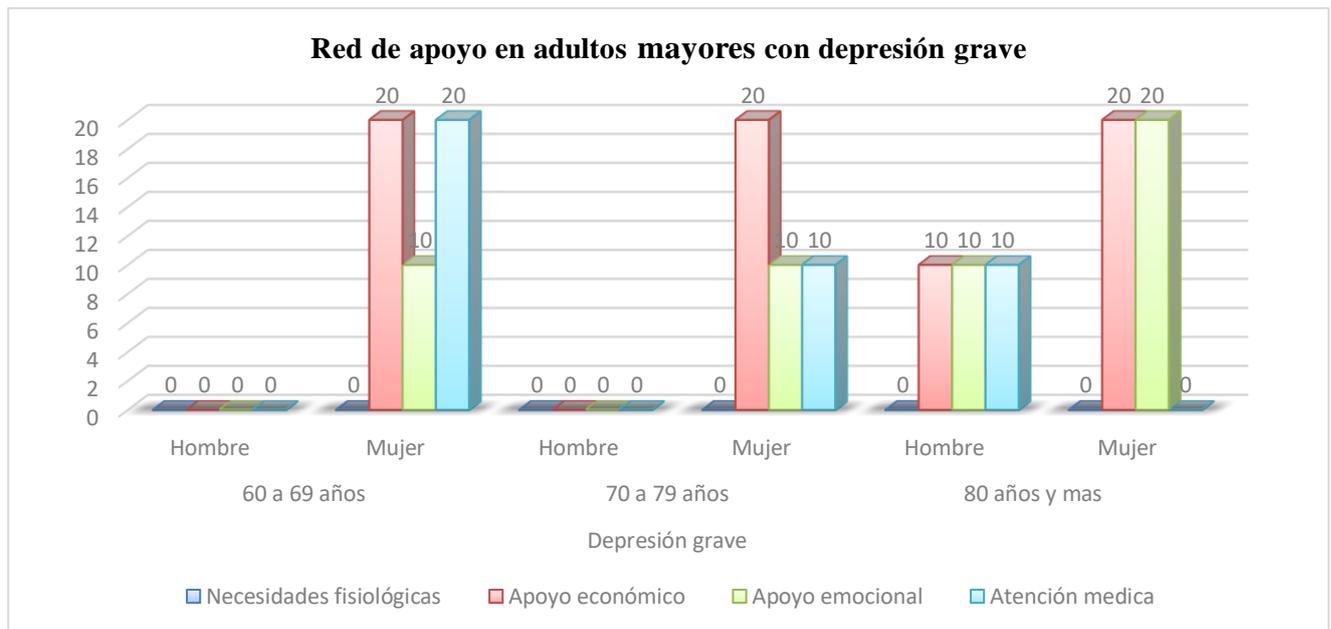
**Tabla 12**

*Factor de riesgo: Red de apoyo en adultos mayores con depresión grave*

Red de apoyo	Depresión grave											
	60 a 69 años				70 a 79 años				80 y más			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	No	%	N	%	No	%	N	%	No	%	No	%
Necesidades fisiológicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Apoyo económico	0	0	2	20	0	0	2	20	1	10	2	20
Apoyo emocional	0	0	1	10	0	0	1	10	1	10	2	20
Atención médica	0	0	2	20	0	0	1	10	1	10	0	0

Fuente: Anexo 3

**Grafica 17**



*Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 12*

Definitivamente la pérdida de un ser querido es uno de los factores de riesgo más importantes ya que la mayoría de los adultos mayores las han tenido y han vivido su duelo de diferente manera.

Dentro de las principales pérdidas las que tienen mayor impacto son aquellas asociadas al fallecimiento del ser querido. Es necesario recalcar que en la Tabla 13 las principales pérdidas están asociadas con integrantes de la primera línea encontrando a los padres, seguido por la de su esposo (a) y la de sus hijos.

Teniendo en cuenta que estas pérdidas incrementan el riesgo condicionando a que los adultos mayores padezcan algún tipo de depresión. De ahí que aquellas personas que no padecen depresión, la principal pérdida familiar que tuvieron es la de sus padres con el 42.1% en mujeres

y el 15.7% en hombres, seguidos por los que tuvieron pérdida de su Esposo, con el 42.1% en las mujeres.

Dicho lo anterior tenemos que también la pérdida de hermanos se presenta con mayor frecuencia en las mujeres con el 21% y en los hombres con el 2.6%. Otra pérdida importante es la de los hijos representado por el sexo femenino con el 7.8%. Así mismo le siguen las pérdidas de otros familiares como son tíos y primos especialmente con el 10.5% en mujeres, ahora bien, en menor porcentaje se encuentran las pérdidas de otros conocidos como son principalmente amigos y compadres con el 7.8% en mujeres y el 2.6% en hombres.

Por el contrario, en aquellas personas que padecen Depresión leve sigue predominando las pérdidas de los padres con el 30% en las mujeres y el 15% en hombres, posteriormente le siguen las pérdidas de su pareja sentimental esposo y/o esposa con el 25% en las mujeres y 15% en hombres, posteriormente se encuentran las pérdidas de los hijos, el sexo femenino es el que principalmente es afectado con el 10% a diferencia de los hombres con el 2.5%.

Le siguen las pérdidas de otras personas conocidas representado por el 7.5% en mujeres y el 5% en hombres. Ahora bien, con relación a la pérdida de otros familiares podemos ver que de manera semejante son afectados tanto hombres como mujeres con el 2.5%.

Considerando que las mascotas en su mayoría son la mejor compañía para las personas podemos afirmar que la pérdida de ellas también tiende a afectar de manera emocional a las personas, por otro lado, en nuestra población de estudio encontramos que principalmente afecta al sexo femenino con el 2.5%.

Por otra parte, en la Depresión moderada la principal pérdida que afecta a la población es la de un hijo afectando principalmente al sexo femenino con el 33.3% a comparación del sexo masculino que también es afectado con el 4.7%, de manera semejante la pérdida de la pareja sentimental esposo y/a son afectadas en su mayoría las mujeres con el 28.5% a comparación de

los Hombres con el 9.5%. Por el contrario, la pérdida de los padres no fue la principal pérdida que afecto a la población como lo fue en la Depresión leve, las mujeres fueron las principalmente afectadas por esa pérdida con el 33.3%.

Así mismo con relación a la pérdida de algún conocido las mujeres de igual manera fueron las más afectadas con el 23.8%.

De igual modo tanto la pérdida de algún familiar de segunda línea, así como la pérdida de una mascota afectaron principalmente a las mujeres con el 4.7%.

Finalmente, en la Depresión grave de igual manera que en la Depresión moderada la principal pérdida que afecta a la población que la padece es la de un hijo, de los cuales continúan siendo las mujeres las principales afectadas con el 50% a comparación de los hombres con el 10%, similarmente encontramos que la pérdida de los padres también afecta principalmente a las mujeres con el 60%.

Por otro lado, la pérdida de un conocido también afecto principalmente al sexo femenino con el 40%. Seguida por la pérdida de esposo (a) que similarmente las más afectadas son las mujeres con el 30%.

Del mismo modo tanto la pérdida de un nieto como la de una mascota afectaron únicamente al sexo femenino con el 10%.

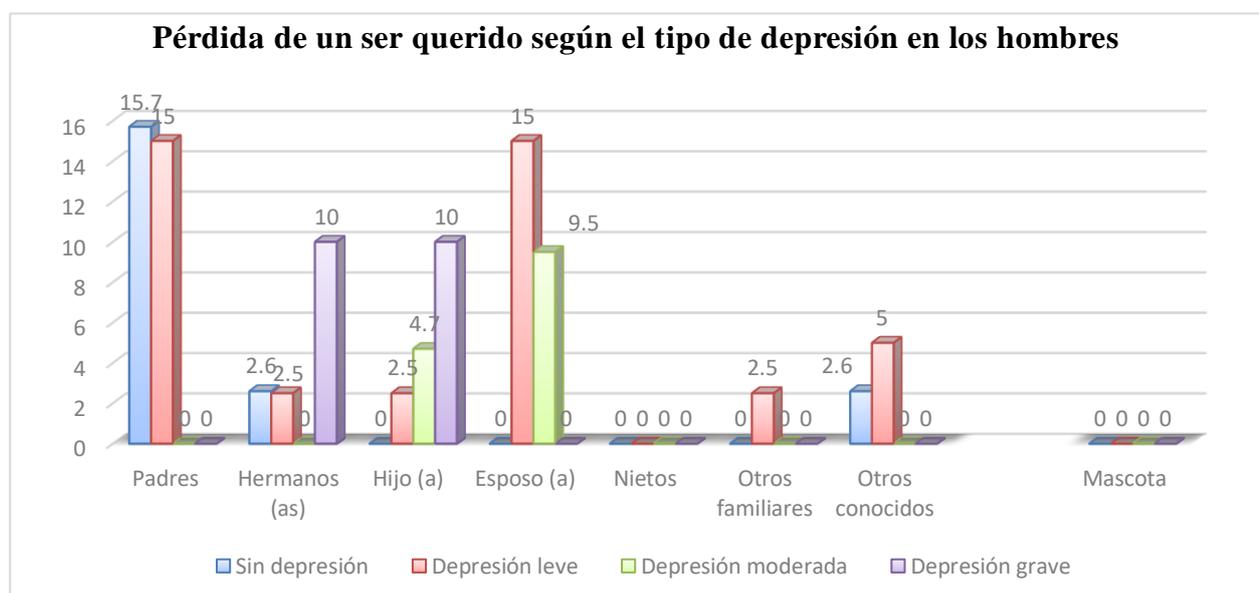
**Tabla 13**

*Factor de riesgo: Pérdida de un ser querido asociado al tipo de depresión y el sexo*

Pérdidas	Sin depresión				Depresión leve				Depresión moderada				Depresión grave			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	N	%	No	%	No	%	N	%	No	%	No	%	N	%	N	%
<b>Padres</b>	6	15.7	16	42.1	6	15	1	30	0	0	7	33.3	0	0	6	60
<b>Hermanos(as)</b>	1	2.6	8	21	1	2.5	1	2.5	0	0	0	0	1	2.6	1	2.6
<b>Hijo(a)</b>	0	0	3	7.8	1	2.5	4	10	1	2.6	7	17.5	1	2.6	5	12.5
<b>Espos(a)</b>	0	0	16	42.1	6	15	1	2.5	2	5	6	15	0	0	3	7.5
<b>Nietos</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.5
<b>Otros familiares</b>	0	0	4	10.5	1	2.5	1	2.5	0	0	1	2.5	0	0	0	0
<b>Otros conocidos</b>	1	2.6	3	7.8	2	5	3	7.5	0	0	5	12.5	0	0	4	10
<b>Mascota</b>	0	0	1	2.6	0	0	1	2.5	0	0	1	2.5	0	0	1	2.6

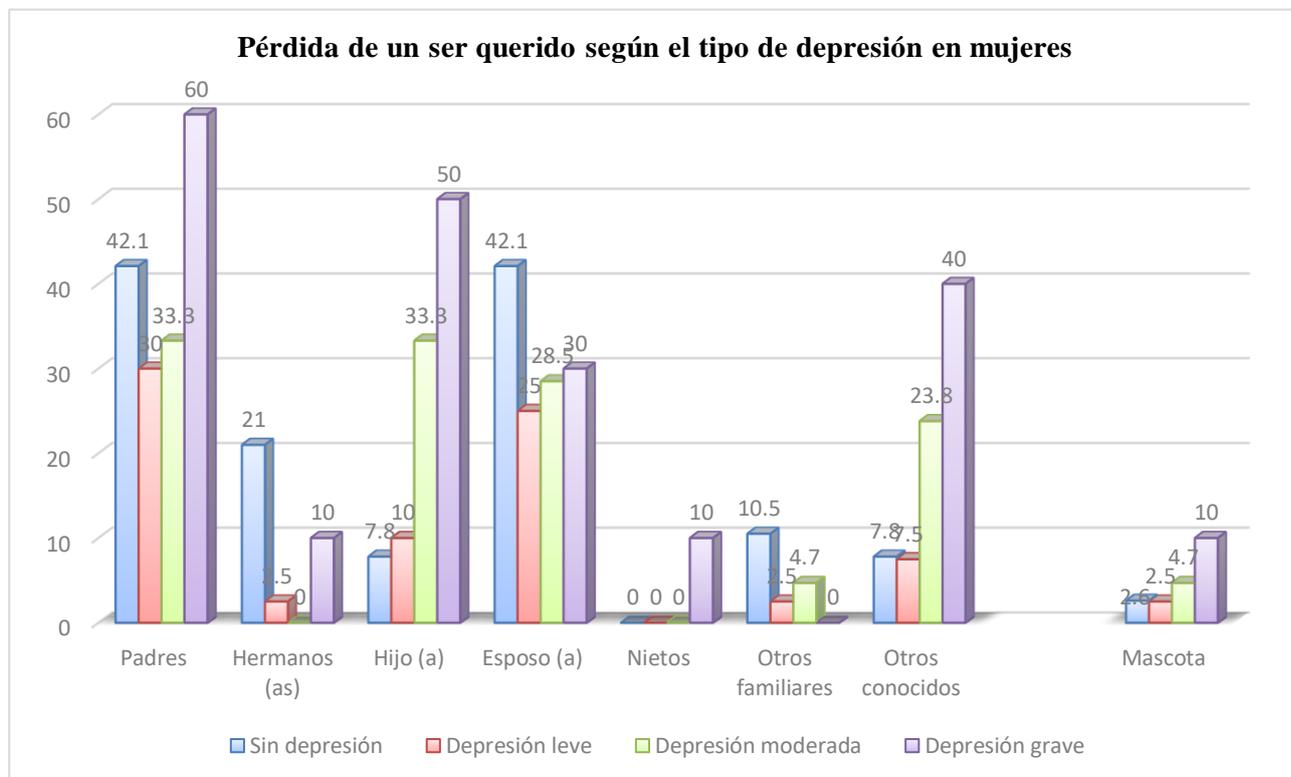
Fuente: Anexo 3

**Grafica 18**



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 13

Grafica 19



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 13

Con respecto a la convivencia de los adultos mayores y la compañía que tienen durante el transcurso del día, se puede destacar en la tabla No. 14 que la mayoría de ellos viven con algún integrante de la familia o con su pareja sentimental ya sea esposo (a) representando el 86.2% del total de la población a diferencia de los que viven solos que representan el 13.8%. Dicho brevemente a pesar de que la mayoría vive con alguien no significa que todo el día estén acompañados, en realidad solo el 35.7% de ellos están siempre acompañados por algún familiar, en segundo lugar, están los que pasan la mitad del día solos con el 32.1% y finalmente encontramos a los que pasan todo el día solos con el 26.6%.

En pocas palabras si se asocia el tipo de depresión y el sexo de igual manera encontramos que aquellas personas que no padecen ningún tipo de depresión en su mayoría viven con algún

familiar representado por el 21% de hombres y el 71% de mujeres. A si mismo que aquellas personas que viven solas representan el 7.8%. De dichos adultos mayores las mujeres representan el mayor porcentaje encontrando que el 42.1% de ellas siempre están acompañadas a diferencia de los hombres que solo el 2.6% lo están. De manera semejante encontramos que las que pasan medio día solas o todo el día solas son una minoría, y están representadas por el 2.6% en el caso de los hombres y el 18.4% en mujeres. Algo semejante ocurre con los tipos de depresión encontrando que la mayoría vive con un familiar desglosado de la siguiente manera: Depresión leve con el 30% de los hombres y 52.2% en mujeres, Depresión moderada con el 23.8% en hombres y 71.4% en mujeres y en cuanto a la Depresión grave está representada por el 20% en hombres y 40% en mujeres. En cambio, los que viven solos son minoría desglosada de la siguiente manera: Depresión leve el 7.5% en hombres y el 10% en mujeres, Depresión moderada solo está representado por el sexo femenino con el 4.7% y Depresión grave igualmente está representada solo por el sexo femenino con el 40%.

Con respecto a la compañía de los adultos mayores, en el caso de aquellos que padecen Depresión leve en su mayoría pasan todo el día acompañado representado por el 30% en mujeres y 10% en hombres. Hay una diferencia significativa en cuanto a los que padecen Depresión moderada y Depresión grave la mayoría de ellos pasan medio día solo (a) y una minoría pasan todos los días solos. Lo dicho hasta aquí supone que la soledad es un factor de riesgo que aumenta el riesgo de padecerla. De acuerdo con lo antes dicho en la Depresión moderada el 52.8% corresponde únicamente a aquellas mujeres que pasan medio día solas y aquellas que pasan el día completo solos (as) lo representan el 19% las mujeres y el 14.2% los hombres. Por el contrario, en la Depresión grave la mayoría de ellos se la pasan todos los días solos representados por el 30% en mujeres y 10% en hombres. En su minoría pasan medio día acompañados representado por el 30% en mujeres.

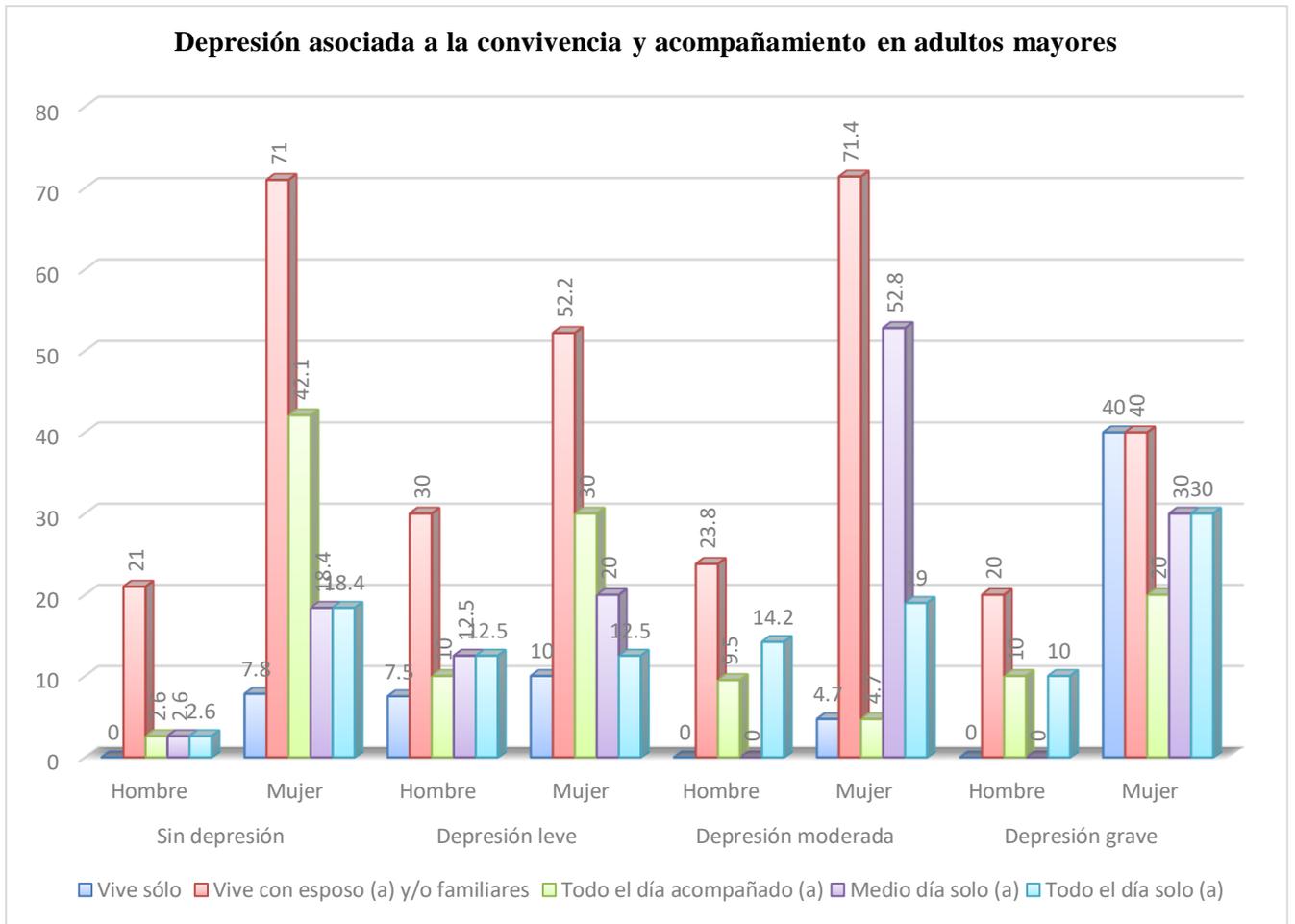
**Tabla 14**

*Factor de riesgo: Tipo de depresión asociada a la convivencia y acompañamiento en adultos mayores*

Compañía	Sin depresión				Depresión leve				Depresión moderada				Depresión grave			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	N	%	No	%	No	%	N	%	N	%	No	%	N	%	N	%
<b>Vive sólo</b>	0	0	3	7.8	3	7.5	4	10	0	0	1	4.7	0	0	4	40
<b>Vive con esposo (a) y/o familiares</b>	8	21	27	71	12	30	2	.52	5	2	15	71.	2	2	4	40
							1	.2		3.	4		0			
									8							
<b>Todo el día acompañado (a)</b>	1	2.6	16	42.	4	10	1	30	2	9.	1	4.7	1	1	2	20
			1				2			5			0	0		
<b>Medio día solo (a)</b>	1	2.6	7	18.	5	12.	8	20	0	0	11	52.	0	0	3	30
			4		5	5					8					
<b>Todo el día solo (a)</b>	1	2.6	7	18.	5	12.	5	12.	3	1	4	19	1	1	3	30
			4		5	5				4.			0			
									2							

*Fuente Anexo 3*

Grafica 20



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Tabla 14

## 13 Conclusión

Acorde a la Organización mundial de la Salud, la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo, se calcula que del 2015 al 2050 se duplicara dicha proporción pasando de 12% a 22%, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Este cambio en la distribución de la población de los países hacia edades más avanzadas empezó en los países de ingresos altos (por ejemplo, en Japón el 30% de la población ya tiene más de 60 años), los cambios más importantes se están viendo actualmente en los países de ingresos bajos y medianos.

Durante el proceso de envejecimiento existen muchos factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos que requieren asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad, todos estos factores pueden ocasionar aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia, conllevando a un mayor riesgo de enfermedad y en última instancia a la muerte. Mas del 20% de las personas que pasan de los 60 años sufren algún trastorno mental o neuronal y el 6.6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nerviosos. Estos trastornos representan en la población anciana un 17.4% de los años vividos con discapacidad la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes.

La depresión es un trastorno mental frecuente en todo el mundo y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La incidencia de la depresión en adultos mayores se estima que es del 10 al 50% de la población. Dentro de los cuales se calcula que en los adultos mayores de 65 años de edad el 25% de ellos padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, de estos los de tipo

depresivo son los más frecuentes. Es considerado un problema de salud pública especialmente cuando es de larga duración e intensidad de moderada a grave, teniendo serias implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida de los ancianos que la padecen, aumentando así los costes de la salud.

La prevalencia de depresión en adulto mayor varía según la población y el desarrollo económico, un estudio europeo reporto 8.8% en Islandia y Alemania, a comparación de Suecia que reporta una prevalencia de 12 a 14% y en Taiwán 21.2%. en Latinoamérica los datos de prevalencia son muy variados. En México varia en 66%, y un estudio en población marginal reporto depresión de 60%.

Los resultados del estudio realizado en la Clínica Oriente del ISSSTE, muestran que, del total de adultos mayores encuestados, que acuden a la consulta de geriatría en dicha unidad el 65% de ellos padecen algún tipo de depresión y solo el 35% no la padecen. De la población con depresión, la mayor prevalencia se encuentra en el sexo femenino con el 44.9% en comparación del sexo masculino con el 20.1%. Por consiguiente, la Depresión Leve representa el mayor porcentaje de depresión en la población de estudio representado por 36.6%, esto significa que si es diagnosticada en etapa temprana se podría evitar posibles complicaciones como es el suicidio, así mismo puede ser tratada sin la necesidad del uso de medicamentos, por otro lado, la depresión moderada se presentó con una prevalencia del 19.1% y en una menor prevalencia la depresión grave. Cuando ya se trata de una depresión modera a grave se deben tomar las medidas necesarias para ser atendidas, lo ideal es enviarlas con los especialistas pertinentes para optimizar los beneficios y así evitar deterioro del adulto mayor.

Es importante mencionar que a mayor edad, hay mayor riesgo de padecer depresión, dicho de otra manera la prevalencia de la depresión aumenta conforme la edad avanza, en relación con la población en estudio el grupo de edad que mayor prevalencia tiene es el de 80 años y más,

padeciendo en su mayoría depresión leve y moderada, en el grupo de 70 a 79 años aparecen los primeros caso de depresión leve, moderada y grave, y en menor prevalencia se encuentra el grupo de 60 a 69 años los cuales en su mayoría padecen depresión de leve y moderada y en menor prevalencia depresión grave.

Con respecto al estado civil, estar en una relación de pareja puede ser una fuente de bienestar psicológico y social pero también puede ser una fuente de sufrimiento; en su mayoría la viven de manera satisfactoria debido a que son un apoyo social y económico ocasionándole una estabilidad en su vida. Confirmando que el estado civil es un factor de riesgo principalmente desencadenante para padecer depresión, en nuestra población de estudio el 54.9% está casado, este porcentaje es positivo para la población ya que disminuye el riesgo de padecer una depresión grave. Por el contrario, el menor porcentaje corresponde a los adultos mayores que son solteros o son divorciados con el 8.2%. Cabe destacar que el hecho de ser soltero o de haberse divorciado durante la transición de la vida condiciona provoca que haya un desequilibrio emocional ocasionando que se presente la depresión y aumenta el riesgo de que esta evolucione a cronicidad principalmente en el sexo femenino.

Por otra parte, en la escolaridad se ha visto que hay un deterioro cognitivo durante la vejez de tal forma que el hecho de haber asistido a la escuela durante la juventud ofrece un efecto protector en las habilidades cognitivas, lo dicho hasta aquí confirma que a menor escolaridad hay mayor riesgo de padecer depresión. En nuestra población de estudio se demuestra que aquellos adultos mayores que padecían depresión leve fueron únicamente los que recibieron una educación básica es decir primaria y secundaria con el 32%, a comparación de los que recibieron estudios a nivel medio superior con el 3.6%, afectando principalmente al sexo femenino, solo hubo un caso de una mujer que padecía Depresión grave. El nivel educativo es un factor que contribuye a que las personas mayores tengan mayor o menor tolerancia a eventos estresantes.

Para concluir podemos afirmar que de acuerdo a los datos recabados a mayor nivel de escolaridad menor es la presentación de depresión.

La ocupación es otro de los factores de riesgo que condiciona a padecer depresión la mayoría de nuestra población se dedica al hogar con el 62.1% en el sexo femenino a diferencia de los hombres que principalmente están jubilados con él 18.1%. Podemos recalcar que la mayoría de ellos que se encuentran actualmente sin desempeñar un trabajo condiciona a que el adulto mayor tenga sentimientos de inferioridad, frustración y desequilibrio emocional debido a que ya no pueden desempeñar las actividades que por años estuvieron realizando, llevándolos a padecer algún tipo de depresión. En nuestra población encontramos que el 36.6% padecen depresión leve de los cuales el 10.9% corresponde a la población que esta pensionada y el 20.1% a las mujeres que se dedican al hogar.

La red de apoyo es sumamente importante ya que esta influye tanto en la aparición como en la prevención de la depresión. Con la relación a nuestra población de estudio podemos decir que se encuentra debilitada debido a que a pesar de que la mayoría de adultos mayores viven con algún familiar no son apoyados en todas sus necesidades, encontrando que la mayoría de ellos a pesar de decir que son apoyados emocionalmente principalmente el sexo femenino, a diferencia de los hombres que refieren que prefieren reservarse el hecho de compartir un sentimiento que los hace sentir tristes. En cuanto al apoyo económico principalmente lo reciben las mujeres debido a que la mayoría de ellas solo se dedican al hogar y dependiendo en su totalidad de su esposo o de sus hijos, este apoyo principalmente lo reciben los que padecen depresión leve a diferencia de ellos hay una gran diferencia con relación a los que padecen depresión grave ya que ellos son abandonados en su totalidad es muy bajo el porcentaje de familiares que los apoyan y principalmente lo reciben el sexo femenino. A pesar de que los adultos mayores reciben este tipo de apoyo la mayoría de ellos se sienten abandonados debido a que la mayoría de ellos pasan por lo menos medio día solos principalmente se sienten así las

mujeres que son quienes permanecen la mayor parte del tiempo en el hogar. A diferencia de lo antes dicho los que padecen depresión grave son aquellos que pasan por lo regular todo el día solos.

En conclusión y dado a lo expuesto con anterioridad, nuestra hipótesis se logra contestar con lo siguiente: la depresión está altamente relacionada con la red de apoyo que reciben por parte de sus familiares la cual es deficiente ya que la mayoría de los adultos mayores pasan la mayor parte del día solos, a pesar de vivir con algún familiar, debido a que la mayoría de los familiares tienen que salir a trabajar para solventar los gastos, por lo cual el adulto mayor se ve en la necesidad de realizar sus propias actividades y de acudir al médico sin compañía ocasionando un sentimiento de abandono por parte de su red de apoyo.

También se concluye que las relaciones interpersonales forman parte esencial de la vida y constituyen un pilar importante durante el transcurso de la vida, provocando un desequilibrio mental al haber una pérdida familiar por algún fallecimiento especialmente por un hijo o separación de la pareja, ocasionando algún tipo de depresión.

## 14. Referencias bibliográficas

1. Varela, L. (2002). Principios de geriatría y gerontología. España: Universidad Peruana.
2. Envejecimiento. (2017, noviembre 13), de Instituto Nacional de Geriatría. Sitio web: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
3. Envejecimiento y salud. (2022, octubre 01), de Organización Mundial de la Salud. Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
4. Penny, E. & Melgar, F. (2012), Geriatría y Gerontología para el médico internista. Bolivia: La Hoguera
5. Guillen, F. & Pérez, J. & Petidier, R. (2008). Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. España: Elsevier
6. Eliopoulos, C. (2019). Enfermería geriátrica y gerontología. España: Wolters Kluwer
7. Censos y conteo de población y vivienda. (2015), de Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Sitio web: [https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/default.html#Informacion\\_general](https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/default.html#Informacion_general)
8. Rozman, C. & Cardellach, F. (2020). Medicina interna. Barcelona: Elsevier.
9. Guía de Práctica clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer Nivel de Atención. México. (2008), de Secretaría de Salud. Sitio web: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GRR.pdf>
10. Coryell, W. (2018, mayo). Manual MSD versión para profesionales. Trastornos depresivos. Sitio web: [https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#v1028065\\_es](https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#v1028065_es)
11. *SciELO - Scientific Electronic Library Online*. (s. f.). Recuperado 19 de octubre de 2022, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext)
12. Giacomani, C. (2011). *Depresión y escolaridad en adultos mayores*. Redalyc.org. Recuperado 19 de octubre de 2022, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=553457068005>
13. Milán, J. (2011). Gerontología y Geriatría. España: Panamericana.

14. Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. México. (2011), de Instituto Mexicano del Seguro Social. Sitio recuperado el 19 de octubre de 2022 de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GER.pdf>
15. Acción multisectorial para un envejecimiento sano basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. (2016, abril 22), de Organización Mundial de la Salud, recuperado el 19 de octubre de 2022 de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_17-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf).
16. Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered. 29, pp. 182-191, recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>
17. Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores. (2015, septiembre 28), de Organización Mundial de la Salud, recuperado de: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=31930&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31930&Itemid=270&lang=es).
18. Morales, F. (2007). Temas prácticos en geriatría y gerontología. Costa Rica: Universidad Estatal a distancia
19. *Depresión*. (2021, 13 septiembre). Recuperado 19 de octubre de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
20. *SciELO - Scientific Electronic Library Online*. (s. f.-b). Recuperado 19 de octubre de 2022, de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682002001000003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003)
21. Abizanda, P. & Rodríguez, L. (2015). Tratado de medicina Geriátrica. España: Elsevier.

15.1 Ficha de identificación

---

**Nombre:**

---

<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Estado civil:</b>
<b>Escolaridad:</b>	<b>Ocupación:</b>	
<b>Patologías:</b>	<b>Tratamiento Farmacológico:</b>	
*	*	
*	*	
*	*	
*	*	
*	*	
*	*	

---

## 15.2 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

	<b>Si (0)</b>	<b>No (1)</b>
1. ¿En general, está satisfecho (a) con su vida?	Si (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Si (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido (a)?	Si (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado (a), desprotegido (a)?	Si (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo (a)?	Si (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un (a) inútil?	Si (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno (a) de energía?	Si (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si (1)	No (0)

De 0 a 4 puntos: **normal**

De 5 a 8 puntos: **depresión leve**

De 9 a 10 puntos: **depresión moderada**

De 12 a 15 puntos: **depresión grave**

**1. ¿Con quién vive?**

- a) Soló (a)
- b) Esposo (a)
- c) Hijos, nietos y bisnietos
- d) Algún otro familiar

**2. ¿Cuenta con el apoyo de su familia (económico, emocional y de necesidades fisiológicas)?**

- a) Económico
- b) Emocional
- c) Necesidades fisiológicas (bañarse, comer, caminar, ir al baño, etc.)

**3. ¿Qué actividades realiza durante el día?**

---

**4. ¿Con quién realiza dichas actividades?**

- a) Soló (a)
- b) Esposo (a)
- c) Hijos, nietos y bisnietos
- d) Algún otro familiar o persona

**5. ¿Cuánto tiempo pasa al día solo (a)?**

- a) Todo el día
- b) Medio día

**6. ¿Ha tenido alguna pérdida familiar?**

- a) Esposo (a)
- b) Padres
- c) Hijos
- d) Nietos
- e) Tíos
- f) Sobrinos

**7. ¿Cómo le afecto en su vida personal la pérdida de su ser querido?**

- a) Emociones (tristeza, enfado, culpa o autorreproche, ansiedad, soledad, fatiga, rabia, impotencia, anhelo, alivio, insensibilidad, confusión, miedo y vacío)
- b) Pensamientos (incredibilidad, confusión, preocupación, alucinaciones breves y fugaces, sentido de presencia y sensación de irrealidad).
- c) Sensaciones físicas (opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, náuseas, temblores, irregularidades en el ritmo cardiaco, debilidad muscular, falta de energía y sensación de despersonalización).
- d) Conductas (soñar con la persona que hemos perdido, evitar recordatorios de la persona, suspirar, llorar. Atesorar objetos que le pertenecían, buscar y llamar en voz alta, apatía, alteraciones en el sueño).

**8. ¿Ha tenido alguna otra pérdida por ejemplo algún amigo, vecino, conocido o mascota?**

---

**9. ¿Le afecto dicha pérdida?**

- a) Si
- b) No

**10. ¿De qué forma pudo superar esta pérdida?**

- a) Expresar emociones, pensamientos, por medio de diarios o con personas.
- b) Buscar apoyo de familiares y amigos
- c) Buscar apoyo por parte del personal de la salud
- d) Hablar de lo que sentía hasta que el dolor fuera disminuyendo

**11. ¿Durante su niñez, adolescencia y juventud presento algún tipo de depresión?  
¿Cuánto considera que duro?**

- a) Si
  - b) No
- 
- 

**12. ¿Conoció algún integrante de la familia que padeció depresión?**

- a) Madre
- b) Padre
- c) Algún otro familiar

**13. ¿Qué es lo que más le preocupa en su vida?**

---

---

**14. ¿En algún momento se ha sentido triste y que motivo a esa tristeza?**

---

---

- a) El dinero
- b) La Salud
- c) La enfermedad
- d) Muerte de ser querido

**15. ¿Siente que se encuentra abandonado por su familia o la gente que lo rodea?**

- a) Si
- b) No

**16. ¿Tiende a llorar sin motivo alguno?**

- a) Si
- b) No

**17. ¿Qué prefiere más, estar solo o reunirse con demás personas?**

---

---

**18. ¿Acude regularmente a consultas médicas?**

- a) Si
- b) No

**19. ¿Cuándo asiste a consulta médica lo(a) acompaña alguna persona, y con qué frecuencia?**

---

---

**20. ¿Considera que la depresión es curable? Explique porque**

- Si
  - No
- 
- 

*Sus datos están protegidos por el Artículo 16 de la Ley Federal de datos personales, ante cualquier conducta discriminatoria, social, étnica o de cualquier otra índole, solo será usado de forma estadística e informativo y no serán usados de otra forma sin su autorización previa de forma escrita o verbal del entrevistado.*

### 15.3 Medicamentos indicados en el tratamiento de trastorno depresivo

Fármaco	Dosis recomendada	Observaciones	Efectos adversos	Contraindicaciones
<b>Alprazolam</b>	Iniciar con 0.125 mg VO cada día; aumentar según evolución clínica (dosis máxima)	Inicio de efecto: intermedio. Pico 1-2h. Vida media 12-15h	Cefalea, hostilidad, hipotensión arterial, náuseas, vómito.	Hipersensibilidad, glaucoma, uso concomitante de ketoconazol o itraconazol.
<b>Anfebutamona</b> <b>Bupropion</b>	Adultos: 150-300mg al día.	Antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptura de noradrenalina y dopamina.	Equimosis, edema periférico, convulsiones, insomnio, rash, poliuria, angioedema.	Hipersensibilidad al fármaco, epilepsia, uso concomitante con inhibidores de la monoaminoxidasa.
<b>Citalopram</b>	10-20 mg cada 24h , se puede incrementar la dosis hasta obtener la	ISRS, sin efecto sobre los otros neurotransmisores	Cefalea, sudoración, astenia, pérdida de peso, palpitaciones,	Hipersensibilidad al fármaco y en menores de 14 años. Valorar riesgo beneficio en el embarazo,

	respuesta deseada.		insomnio, disminución de la libido, congestión nasal, resequeidad de mucosas	lactancia, manía, insuficiencia renal e insuficiencia hepática.
<b>Clonazepam</b>	Iniciar con 0.3 mg (3 gotas) cada día; aumentar según evolución clínica (dosis máxima 2mg/d)	Inicio de efecto: intermedio. Pico 1-2h Vida media 18-50 h.	Rinorrea, palpitaciones, mareo, ataxia, nistagmus, hipotonía muscular.	Hipersensibilidad, glaucoma, enfermedad hepática.
<b>Diazepam</b>	2 a 10 mg/día dividida cada 6 a 8 horas.	Deprime el SNC en los niveles límbico y subcortical.	Hiporreflexia, ataxia, somnolencia, miastenia, apnea, insuficiencia respiratoria, depresión del	Hipersensibilidad al fármaco, dependencia, estado de choque, coma, insuficiencia renal. Glaucoma

			estado de conciencia.	
<b>Fluoxetina</b>	Iniciar con 10 mg cada día; aumentar según evolución clínica (dosis máxima 20 mg/d)	No lo administre en la noche.	Ansiedad, cefalea, palpitaciones, hipertensión, mareo, disfunción eréctil.	Hipersensibilidad conocida, uso previo (14 días) o concomitante de inhibidores de monoaminoxidasa.
<b>Imipramina</b>	Inicio de 12.5 a 25 mg se puede incrementar hasta 75 a 100mg /día dividida en 8 horas, incrementando según respuesta terapéutica	En los ancianos a mayor dosis mayor efectos anticolinérgicos.	Insomnio, sedación, sequedad de mucosas, mareo, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión o hipertensión arterial, taquicardia, disuria.	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. En padecimientos cardiovasculares, hipertrofia prostática, glaucoma, hipertiroidismo.

<b>Lorazepam</b>	Iniciar con 1 mg cada día; aumentar según evolución clínica (dosis máxima 4 mg/día)	Inicio de efecto: intermedio Pico 1-6h Vida media 10-20 h	Hiporreflexia, ataxia, apnea, insuficiencia respiratoria.	Hipersensibilidad, glaucoma, insuficiencia hepática, miastenia gravis.
<b>Paroxetina</b>	10 mg Mantenimiento o 10 a 20 mg		Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural.	Hipersensibilidad a paroxetina Insuficiencia renal y/o hepática.
<b>Sertralina</b>	Iniciar con 25mg cada día; aumentar 25mg cada 5 días según evolución	Pico 4-8 h Vida media 26 h	Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial,	Hipersensibilidad conocida, uso previo (14 días) o concomitante de inhibidores de

	clínica (dosis máxima 100mg)		palpitaciones, edema, disfunción sexual.	mono-amino- oxidasa.
<b>Venlafaxina</b>	Iniciar con 37.5 mg cada día (liberación prolongada): aumentar según evolución clínica (dosis máxima 150mg/d)	Pico 5h Vida media 5h	Mareo, cefalea, ansiedad, anorexia, pérdida de peso, hipertensión.	Uso previo (14 días) o concomitante de inhibidores de la mono-amino- oxidasa.

## 15.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

A través de este documento me gustaría invitarlo a participar en la investigación titulada: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES.

Esta investigación se llevará a cabo en las instalaciones del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado, Clínica Oriente, ubicada en la CDMX, Iztapalapa.

Esta investigación tiene como objetivo conocer los principales factores de riesgo que condicionan que los adultos mayores padezcan depresión en la Consulta de Geriatría.

Ha sido invitado a formar parte de esta investigación por que cumple con la edad de tener 60 años o más.

Su participación es voluntaria, anónima y confidencial; no tiene que participar forzosamente. No habrá impacto negativo alguno si decide no participar en la investigación, y no demeritará de ninguna manera la calidad de la atención que reciba en el ISSSTE, Clínica Oriente, en termino de sus derechos como paciente.

Yo,

\_\_\_\_\_ manifiesto que fui informado (a) del propósito de este estudio, y en pleno uso de mis facultades, es mi voluntad participar en esta investigación.

He leído y comprendido la información anterior, y todas mis preguntas han sido respondidas de manera clara y a mi entera satisfacción, por parte de Medico Pasante Eva Mireya Reyes Valle.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador

## 15.5 Evidencia



Fuente: Clínica familiar Oriente “ISSSTE”, Iztapalapa Ciudad de México



Fuente: Clínica familiar Oriente “ISSSTE”, Iztapalapa Ciudad de México



Fuente: Clínica familiar Oriente “ISSSTE”, Iztapalapa Ciudad de México



Fuente: Clínica familiar Oriente “ISSSTE”, Iztapalapa Ciudad de México



Fuente: Clínica familiar Oriente “ISSSTE”, Iztapalapa Ciudad de México



Fuente: Clínica familiar Oriente “ISSSTE”, Iztapalapa Ciudad de México