



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 23
SAN JUAN DE ARAGÓN**

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA EN LA UMF No. 14 DEL IMSS.
CDMX.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. PAVEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

INVESTIGADOR ASOCIADO

DR. ARIAN BARRIENTOS JUÁREZ

SAN JUAN DE ARAGÓN, CDMX, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA EN LA UMF No. 14 DEL IMSS.
CDMX.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

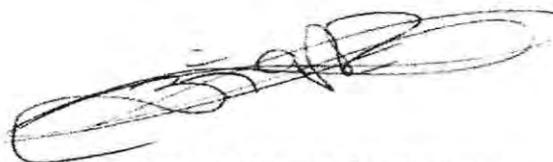
PRESENTA:

DR. PAVEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



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



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA EN LA UMF No.14 DEL IMSS.
CDMX.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

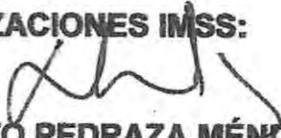
El presente proyecto aprobado por el Comité de Investigación del Instituto
Mexicano del Seguro Social

Asignándole el Número de Folio: **R-2016-3516-28**

PRESENTA:

DR. PAVEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES IMSS:



DR. HUMBERTO PEDRAZA MÉNDEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA EN LA UMF No.14 DEL IMSS.
CDMX.”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. PAVEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL A. RAMIREZ SOSA

DIRECTOR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14 IMSS

DRA: MIRIAM RAMIREZ CORTEZ

PROFESORA TITULAR DEL CURSO EN ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS

DR. ARIAN BARRIENTOS JUAREZ

INVESTIGADOR ASOCIADO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 14 IMSS

MÉXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3516** con número de registro **13 CI 09 005 181** ante COFEPRIS
UMF FAMILIAR NUM 3, D.F. NORTE

FECHA 04/11/2016

DR. PAVEL HERNANDEZ HERNANDEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA EN LA UMF No. 14 DEL IMSS. CDMX.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Num. de Registro
R-2016-3516-28

ATENTAMENTE

DR.(A). EDUARDO ITUEBURI VALDOVINOS

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3516

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

ÍNDICE

1)	RESUMEN.....	7
2)	ANTECEDENTES.....	8
3)	MARCO CONCEPTUAL.....	22
4)	JUSTIFICACIÓN.....	25
5)	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
6)	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	29
7)	OBJETIVOS.....	30
8)	HIPÓTESIS.....	31
9)	METODOLOGÍA.....	32
	Tipo del estudio.....	32
	Sitio del estudio.....	32
	Universo de trabajo.....	32
	Tiempo de estudio.....	32
	Procedimiento para integrar la muestra.....	32
	Material y métodos.....	33
	Análisis de datos.....	34
	Criterios de inclusión.....	35
	Criterios de exclusión.....	35
	Criterios de eliminación.....	35
	Recursos.....	36
	Variables.....	37
10)	RESULTADOS	39
11)	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	58
12)	CONCLUSIÓN.....	62
13)	ASPECTOS ÉTICOS.....	64
14)	BIBLIOGRAFÍA.....	66
15)	ANEXOS.....	69

RESUMEN

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA EN LA UMF No. 14 DEL IMSS. CDMX.

Pavel Hernández Hernández¹ Arian Barrientos Juárez² ¹Alumno del curso de especialización en Medicina Familiar para médicos generales del IMSS. ² Médico Familiar de la UMF 14.

INTRODUCCION: El mundo enfrenta un crecimiento de la población de adultos mayores y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 2000 y 2050 aumentara de 12% al 22% y se espera que esta población llegue a 2000 millones, por lo el envejecimiento traerá consigo limitaciones tanto físicas, psíquicas y funcionales en este grupo de edad lo que genera la aparición de enfermedades crónicas degenerativas con algún grado de depresión.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores con enfermedad crónica degenerativa en la UMF No. 14 del IMSS. CDMX.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Los participantes fueron en total de 200 Adultos Mayores de ambos sexos. La autorización se recabo con carta de consentimiento informado institucional. Se determinó la prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 años con enfermedad crónica degenerativa, por medio de la Escala de Depresión de Yesavage de 15 ítems (GDS-15). Se realizó estadística descriptiva y se presentarán resultados en tablas y gráficas utilizando el programa estadístico SPSS 22.

RESULTADOS: El género preponderante fue el femenino (65.5%) con una tendencia mayor en ellas a la Depresión, con un 75.0% en la Depresión Menor y 76.0% en la Mayor con relación al masculino; el Estado Civil casado(a) y Viudez tuvo mayor prevalencia en ambos tipos de Depresión; por edad, en la Depresión Menor su prevalencia más alta fue entre los 70-74 años (25.0%) y la Mayor fue la 65-69 años (32.0%); en cuanto las Enfermedades Crónica Degenerativas la mayor prevalencia se dio en la Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Cardiopatías, Artrosis y Obesidad.

CONCLUSIONES: La Prevalencia de depresión se dio más en el género femenino, en la viudez, entre las edades de 65-74 años de edad y en patologías como HTA, DM, con independencia de cada variable sobre la depresión.

PALABRAS CLAVES: Adulto Mayor. Depresión. Enfermedad Crónica Degenerativa.

ANTECEDENTES

En la actualidad el mundo enfrenta un aumento de la población de adultos mayores ya que en el año 1970 alcanzó una cifra de 307 millones y en año 2000 ya eran casi 580 millones, aumentando la cifra un 53% en 50 años y en los próximos 40 años el tamaño de grupo de edad de 80 años que representaba el 1 % de la población mundial en 1990, para el año 2025 alcanzará el 9%.¹

De acuerdo a la Organización Mundial Salud (O.M.S) entre 2000 y 2050 el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicara, pasando del 12% al 22% y para el año 2020 el número de personas de 60 años o más, será superior al de niños menores de cinco años, y en año 2050 el 80% de las personas vivirá en países de ingresos bajos teniendo la población para entonces una esperanza de vida igual o superior a los 60 años, y para el año 2050 se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones de modo que de 1 de cada 5 personas será mayor de 60 años.²

En cuanto a las estadística de México proporcionadas por el Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) del año 2010, publicado en el informe Sociodemográfico de Adultos Mayores del año 1990, la población de 60 años alcanzó 5.0 millones de habitantes, y en un lapso de 20 años la población adulta mayor se duplicó prácticamente a 10.1 millones, observando un crecimiento de la población comprendido entre las edades de 65 a 84 años, pasando de un 60.2% en 1990 a un 62.0% en el año 2010 y disminuyendo el grupo comprendido entre 60 a 64 años y en menor medida, el grupo de 85 y más de edad.³

En México, el INEGI en el año 2010 contabilizo 112.3 millones de habitantes, siendo de ese total 10.1 millones de personas adultos mayores, lo que representa 9.0%, es decir 1 de cada 10 habitantes del país y según los del Censo en el país hay 21.3 adultos mayores por cada 100 niños encontrando además que

existe 95 hombres por cada 100 mujeres por existir una mayor relación de sobrevivencia de la población femenina.³

El envejecimiento humano es un proceso continuo y complejo que después de culminada la etapa de crecimiento, desarrollo y reproducción, comienza la etapa de deterioro progresivo de las funciones orgánicas con disminución de la capacidad de adaptación a los cambios, no constituyendo en sí mismo un problema de salud sino más bien un logro de la humanidad, debido al mejoramiento de las condiciones de vida y al desarrollo alcanzado por la medicina pero se ha convertido en un motivo de preocupación debido a que nuestra expectativa de vida ha aumentado significativamente lo que ha provocado un incremento en el número de habitantes con problemas de envejecimiento que presenten deterioro paulatino de órganos y sus funciones asociadas,⁵ siendo en esta etapa de la vida cuando comienzan a proliferar enfermedades crónicas degenerativas y limitaciones conexas a estas que disminuyen en el adulto mayor su percepción de salud.^{4,5}

La esperanza de vida en México alcanza ya los 73 años gracias a las mejoras en las condiciones de vida en general y de sanidad, pero esto a su vez trae como consecuencia que en la etapa final de la vida transcurra bajo la carga de una enfermedad crónica y que el incremento de los costos de atención médica no obedezcan tanto a la edad sino a las complicaciones de las enfermedades crónicas que se acumulan con el paso del tiempo.⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al envejecimiento en un plano biológico asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte.²

En México se considera adulto mayor a partir de los 60 años, otros la definen a partir de 65-70 años.³

La Norma Oficial Mexicana NOM-31-SSA3-2012 de Asistencia Social, Prestación de Servicios de Asistencia Social a Adultos y Adultos Mayores en Situación de Riesgo y vulnerabilidad en sus definiciones y abreviaturas la define como “persona que cuente con 60 años o más de edad”.⁷

La Guía de Práctica Clínica (GPC) en la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica elaborada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) define al paciente adulto mayor como “sujeto normalmente de edad avanzada especialmente frágil ante cualquier tipo de agresión, con patologías crónicas, múltiples y normalmente productoras de limitaciones funcionales físicas y/o psíquicas. Además de problemas sociales sobreañadidos y con frecuencia trastornos de comportamiento”.⁸

Fisiología del envejecimiento. Teorías propuestas:

Programación genética: Las células se encuentran programadas para nacer, reproducirse (40 a 60 veces) y morir.⁹

Teoría del acortamiento del telómero: postula que en cada cromosoma existen en su dos extremos una estructura que se conoce como telómero siendo la parte terminal de la secuencia de ADN del cromosoma, teniendo la función de determinar la división celular pero carece de capacidad en codificar información genética y que cada replicación no es completa y en cada división el telómero se acorta hasta perderse y por consiguiente se pierde la capacidad de división celular.⁹

Teoría del estrés oxidativo de los radicales libres o peroxidación: la cual explica que el envejecimiento es la etapa final del desarrollo y no existe una relación de programación genética; explica que los radicales libres producidos por el metabolismo mitocondrial actúan como moléculas inestables y reactivas, siendo inestables debido a que pierden un electrón y que para alcanzar su estabilidad

actúan removiendo el electrón que requiere de otras moléculas, ocurriendo este ciclo constantemente en las células resultando dañadas a causa de este proceso en cadena, dañando moléculas como proteínas, lípidos carbohidratos y ADN afectando la información genética alterando de reproducción celular.⁹

Teoría de los radicales cruzados: explica que los cambios moleculares que se producen de manera normal en el anciano se convierten en enlaces covalentes entre macromoléculas con uniones que pueden ser reversibles, pero que a lo largo vuelven a éstas moléculas inactivas y con la funcionalidad dañada producen mutaciones provocando apoptosis con ulterior muerte.⁹

Teoría hormonal: establece que los estrógenos a través de las apolipoproteína E3 y E4 establecen fenómenos de rejuvenecimiento, favoreciendo la replicación de los astrocitos, manteniendo el eje neuroendocrino intacto. Se menciona el papel de la melatonina, TSH, LH y cortisol y hormona de crecimiento (HG) como participes en el proceso de estabilización celular, mismas que al disminuir, provocarían los daños orgánicos propios de envejecimiento.⁹

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos, y su conocimiento permite comprender las diferencias fisiopatológicas entre los adultos mayores y el resto de la población adulta.⁹

En el tejido conectivo la dermis muestra alteraciones celulares sobre todo en las fibras siendo sustancia fundamental en el sistema linfático, vascular y nervioso causando alteraciones en el soporte de piel, perdiéndose grasa subcutánea y glándulas sudoríparas, perdiendo elasticidad y produciendo arrugas en piel.⁹

En el hueso se pierde densidad ósea, por desmineralización produciendo osteoporosis senil o primaria.⁹

En el aparato digestivo se observa alteración de las piezas dentarias que influirán en el trabajo del estómago debido a que es más propenso a un estreñimiento en los intestinos debido a una reducción en la secreción gástrica.⁹

Los ojos reaccionan menos a la luz pudiendo aparecer presbicia, disminución de la agudeza visual, disminuye la secreción lagrimal.⁹

El gusto se pierde por disminución de las papilas gustativas y atrofia de la lengua y el olfato presenta degeneración del primer par craneal con pérdida de las terminaciones nerviosas sobre la nariz y se pierde la percepción de olores.⁹

En el oído disminuye el cerumen, la membrana timpánica pierde elasticidad y se produce disminución de la agudeza auditiva por degeneración del nervio auditivo.⁹

En el envejecimiento del riñón se observa pérdida de parénquima renal, que es de aproximadamente 10% con cada década de la vida después de los 40 años El flujo plasmático renal disminuye aproximadamente 10% con cada década después de los 40 años.¹⁰

En el envejecimiento cardiovascular se observa un aumento de la rigidez arterial como resultado de los cambios estructurales de la pared arterial. En el órgano cardíaco disminuye la distensibilidad cardíaca y la respuesta fisiológica del corazón al ejercicio. La hipertrofia cardíaca que se observa en el envejecimiento se acompaña de una disminución del número total de cardiomiocitos, secundario a necrosis y apoptosis.¹⁰

El cerebro humano disminuye progresivamente en relación al envejecimiento a una tasa de aproximadamente un 5% de su peso por década desde los 40 años de vida. Las células del organismo, presentan cambios en sus componentes en relación al envejecimiento, tales como un aumento del estrés oxidativo, acumulación de daño en proteínas, lípidos y ácidos nucleicos. La disfunción mitocondrial parece jugar un rol muy importantes en el envejecimiento cerebral,

puesto que participa en la generación de especies reactivas, del oxígeno y nitrógeno, implicadas en el daño celular. Se ha descrito además alteraciones en otras vías de neurotransmisores como la colinérgica y la serotoninérgica, las que se han asociado a la patogenia de enfermedad de Alzheimer y otros trastornos del ánimo, entre otros.¹⁰

El aparato muscular sufre importantes cambios en relación a la edad, disminuye su masa, es infiltrado con grasa y tejido conectivo, hay una disminución especialmente significativa de las fibras tipo 2, desarreglo de las miofibrillas, disminución de las unidades motoras, y disminución del flujo sanguíneo, a nivel subcelular hay acumulación de moléculas con daño por estrés oxidativo, disfunción mitocondrial, acumulación de lipofuscina, falla en la síntesis de nuevas proteínas relevantes para la formación de miofibrillas. Todos estos cambios se traducen en una menor capacidad del músculo para generar fuerza. A la pérdida de masa y función muscular asociada a la edad se le conoce como sarcopenia, la cual causa una disminución en la fuerza y la capacidad de ejercicio siendo una predictora de morbilidad y mortalidad en adultos mayores.¹⁰

Por lo tanto el envejecimiento se presenta como consecuencia de todo lo antes mencionado, y conlleva a deterioro multiorgánico, pero que se relaciona a los hábitos de vida, tipo de alimentación y si existió ejercicio en su etapa de juventud.⁹

El envejecimiento trae consigo un incremento en el índice de las afecciones propias de la edad, donde sobresalen las enfermedades neurológicas degenerativas, la enfermedad de Alzheimer, enfermedades cardiovasculares, osteomioarticulares, diabetes mellitus e hipertensión arterial.¹¹

El término comorbilidad fue introducido a la medicina por Alvan Feinstein (1970) la cual definió como “la existencia de una entidad clínica adicional distinta que ocurre durante el curso clínico de un paciente con una enfermedad”, y se ha demostrado

que una mayor comorbilidad en los adultos mayores trae consigo un impacto negativo en la mortalidad, función física y calidad de vida.¹²

La depresión es un padecimiento antiguo como la humanidad y durante siglos fue tratado por brujos, sacerdotes y manejada con pócimas, brebajes, baños o cambios de ambiente y que en tiempos de Hipócrates se hacía referencia de la melancolía y a algunos estados de ánimo que hoy se describen como depresiones.^{13, 14}

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente y de acuerdo a datos de la OMS, plantea que el año 2020 la depresión será la primera causa de retiro laboral prematuro de los países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente del planeta calculándose que entre 10 y 45% de los adultos mayores tendrán en algún momento un síntoma depresivo y esta aumentara de dos a tres veces en caso de comorbilidad asociada.¹³

Afecta de 15 a 35% de los adultos mayores que viven en hogares geriátricos, del 10 al 25% de los hospitalizados y un 40 % de los que viven con un problema somático.¹⁵

De acuerdo a las Guía de Práctica Clínica (GPC), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) actualizada en el 2011, la depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad ubicándose en 1990 como la cuarta causa de discapacidad en el mundo y proyecciones al 2020 la ubican como la segunda causa solo detrás de las enfermedades isquémicas. el 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente siendo la incidencia de la depresión en el adulto mayor del 7 al 36% en la valoración de consulta externa y se incrementa a 40% en el egreso del paciente hospitalizado afectando al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre

10 a 20% de los hospitalizados , del 15 y el 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comorbilidades.¹⁶

Dentro del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 que se incluyó al Plan Nacional de Desarrollo donde se define los objetivos y estrategias de acciones en materia de Salud elaborado por el Gobierno de Republica de los Estados Unidos Mexicanos y aprobado por Decreto y publicado el días 12 de diciembre del 2013 en el Diario Oficial de la Federación, establece en unos de sus objetivos en la atención al adulto mayor en consolidar las acciones de protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, promoviendo el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida teniendo como una sus estrategias “ampliar la prevención , detección y tratamiento oportuno en materia de salud mental.”⁷

La depresión ya no es una cuestión personal y privada sino que ha convertido en un asunto de interés general ¹⁷ y en un problema de salud pública que padecen los individuos de distintas edades pero con una mayor frecuencia en el adulto mayor, debido a distintas razones como disminución de las habilidades mentales, físicas, afectación económicas, soledad, viudez, y a otras causas aunado además a enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes, cardiopatía isquémica, hipotiroidismo, enfermedad vascular cerebral , enfermedad de Alzheimer, Parkinson, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial artritis reumatoide como ejemplo, y también algunos medicamentos como las benzodiazepinas, los antihipertensivos, los anticancerígenos, pudiendo provocar o incrementar la severidad de los síntomas de depresión.^{13,18,19}

En la depresión en el adulto mayor intervienen factores biológicos, genéticos, endocrinos y bioquímicos y teniendo como comorbilidades más citadas existentes en estos grupo de edad de pacientes deprimidos las artropatías, la diabetes mellitus, hipertensión arterial, las cardiopatías , enfermedades del musculo esquelético y las respiratorias y siendo la depresión el padecimiento más común

de acuerdo a la OMS en el adulto mayor siendo más frecuente en mujeres que en los hombres siendo difícil de identificarla porque pasa inadvertida y enmascarada.¹⁴

En México se señala dentro de los estudios de prevalencia disponibles, el 7.8% se debe a episodios depresivos existiendo evidencia indirecta de un probabilidad de padecer depresión en los adultos mayores.²⁰ En la población general su prevalencia oscila entre 15 y 20 % y de depresión mayor 1 a 5% y en hospitalizados en salas de cuidados intensivos, la prevalencia es de 20 al 30% y de depresión mayor 10 a 15% y los atendidos en instituciones gubernamentales la prevalencia es del 30 al 40% y de depresión mayor de 12 a 16% y en cuanto a la complicación de suicidio, se observa que su tasa se correlaciona en forma directa con la edad siendo en promedio de 2.6/100 00 más alta de lo reportado en otras épocas de la vida pudiéndose deber como consecuencia de la misma depresión y otros factores como enfermedades físicas, disminución del control del impulso aunado al deterioro cognitivo, aislamiento social y/o pérdida del cónyuge.²⁰

A pesar de la efectividad de las intervenciones para atenderla, la depresión continúa siendo subtratada en México.¹⁷ y subdiagnosticada en el adulto mayor especialmente en el primer nivel de atención donde diversos factores se han asociado con la falta de diagnóstico como serían las manifestaciones atípicas de la enfermedad, la confusión con síntomas de enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo, el sexo y la pertenencia a grupos étnicos, factores culturales que evitan que se perciba como una necesidad de atención médica tanto por parte de los pacientes como de sus familiares, así como las deficiencias en el diagnóstico y tratamiento por parte de los servicios médicos.²¹

Diferentes estudios reportan estudios variables en la prevalencia de trastornos depresivos en adultos mayores que van 4-5% a más de 30% en función de la población que se analice y de los instrumentos que los evalúen, existiendo en México una carencia e inconsistencia con respecto a la prevalencia de la

depresión entre adultos mayores por lo cual es fundamental el empleo de escalas de tamizaje para identificar los posibles casos e iniciar tratamiento de forma oportuna y para lo cual existen algunas como la Escala de Depresión del centro de Estudios Epidemiológico de los Estados Unidos (CES-D) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) siendo las dos más utilizadas a nivel mundial para el tamizaje de los trastornos depresivos en adultos mayores facilitando en un tiempo relativo corto y de manera auto administrada requiriendo un mínimo de capacitación del personal de salud permitiendo identificar a los individuos con alta probabilidad de tener algún trastorno depresivo.²¹

La depresión es la segunda causa de años perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.¹⁸

De acuerdo a la GPC de Depresión en el Adulto Mayor la define “como un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria incluidas la desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad”.¹⁶

La OMS define la depresión como un trastorno mental, de psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra decaído por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad, la actividad está disminuida, pero puede haber agitación hay predisposición a la recurrencia en intervalos regulares.²²

La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta tristeza profunda y disminución de su interés para casi todas las actividades”.²²

De acuerdo al DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales) la depresión se define “como aquel trastorno afectivo caracterizado por

tristeza y desesperación, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos".²⁰

La clasificación de las depresiones se pueden dar en base a la gravedad (mayor, menor), edad de aparición (infantojuvenil o adulta) la apariencia clínica (atípica, típica) entre otras, siendo la útil la que determina la causa.¹⁴

Depresiones somatógenas u orgánica debidas a causa por comorbilidades existes, farmacológica yatrógena.¹⁴

Depresiones endógenas o melancólicas de naturaliza constitucional-hereditaria con causa neurobiológica.¹⁴

Depresión psicosocial provocada por conflictos psicológicos personales.¹⁴

El cuadro clínico se estructura en cinco áreas:

Afectiva.- Existe tristeza, apatía, indiferencia, ansiedad, irritabilidad.

Pensamiento-cognitivo.- Melancolía, pérdida de autoestima, desesperanza, ideas de suicidio, ideas de culpa y déficit de atención.

Conducta.- Abandono personal, hipotonía general, inhibición, agitación, aislamiento, llanto, intentos de suicidio.

Ritmos biológicos (melancolía).- Inicia primavera-otoño, mejoría vespertina y despertar precoz.

Síntomas somáticos.- Anorexia, pérdida de peso, insomnio, hipersomnia, trastornos digestivos, estreñimiento, disfunción sexual.¹⁴

En el adulto mayor la depresión da lugar a errores porque puede presentarse de forma atípica con manifestaciones clínicas como hipocondriacas, pérdida de peso, dolores persistentes, trastornos de la conducta y abuso de drogas, generando impactos psíquicos como tristeza, inhibición psicomotriz, delirios o intentos de suicidio y a nivel corporal anorexia, insomnio, angustias (palpitaciones, llantos, dolores, contracturas) y a nivel social existe un aislamiento, ausencia de proyectos vitales y reacciones psicósomáticas así como pérdida de intereses, trastorno del sueño, alteraciones de la atención y la memoria, actitud negativa hacia sí mismo y los demás y el ambiente, autovaloración negativa, autoestima pobre, sentimiento de culpa, auto reproché e irritabilidad, así como conducta de aislamiento.²³

La depresión está determinada en buena medida por las fuentes de estrés las cuales son un estímulo para el individuo a las cuales responde para hacerles frente ante un cambio interno y externo generada de una situación que concierne entre el individuo y el ambiente, siendo las principales fuentes de estrés en el adulto mayor las relacionadas con las pérdidas de capacidades, estatus, familiares, amigos, aspectos socioculturales, estilo de vida, y la existencia de apoyo que puedan recibir de sus familiares y o de otras redes de apoyo social.²³

Enfermedad Crónica degenerativa.- En la vejez comienza un declive progresivo en el ser humano de sus capacidades físicas lo cual ocurre en todos los seres vivos y es considerado normal.²⁴

Cuando se manifiesta un deterioro relacionado a patologías biológicas y este es progresivo y permanente en el ser humano se dice que se presentan las enfermedades crónicas degenerativas, y que en muchos casos implica que el sujeto sea un ser dependiente, lo cual condiciona que el individuo sea incapaz de satisfacer sus propias necesidades y cuidarse a sí mismo. El problema mayor para el enfermo es que nunca vuelve a recuperar el estatus de persona sana.²⁴

La OMS señala que las enfermedades crónicas degenerativas tienen efectos devastadores para las personas, las familias y las comunidades, especialmente las poblaciones pobres y el 80% de las muertes provocadas por estas entidades se producen en países de bajos y medianos ingresos donde se ven afectados tanto hombres como mujeres casi en la misma proporción..²⁴

En la actualidad han disminuido las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias y se han incrementado aquellos por enfermedad crónica degenerativa y que estas a su vez hacen referencia a trastornos orgánicos funcionales que afectan todos los aspectos de su vida del paciente y en donde se enfrentará a condiciones de frustración, ira negación y depresión..²⁵

Como enfermedades crónicas degenerativas tenemos a las diabetes, cardiopatía isquémica, hipotiroidismo, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, artritis reumatoide, osteomioarticulares entre otras ^{11, 13, 18,19}

Instrumento Yesavage.- Existen varias escalas como instrumentos para valorar la depresión para el uso específico en el adulto mayor, siendo una de las de mayor difusión es la Escala Geriátrica de Depresión (GDS) de Brink y Yesavage siendo de utilidad como tamizaje pero no diagnóstica..²⁰

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio del Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS), la escala geriátrica de depresión de 30, 15 y 5 reactivos (GDS), actualmente es una herramienta útil para la detección temprana de depresión en adultos mayores con una sensibilidad de 97% y 85% respectivamente considerándose positiva de la siguiente manera..²⁶

GDS 5 reactivos: 2 preguntas son afirmativas.

GDS 15 reactivos: 6 preguntas son afirmativas. .

GDS 30 reactivos: 15 preguntas son afirmativas.

Con la escala (GDS) de 30 reactivos uno de cada ocho mexicanos adultos mayores tiene síntomas de depresión mayor y con la versión corta de 15 reactivos se encontró la misma prevalencia en una población de adultos mayores hispanos y no hispanos.²⁶

La escala para Depresión Geriátrica, de 5 y 15 ítems (GDS-5 y GDS-15), cuantifica síntomas depresivos en adultos mayores. La GDS-15 refiere consistencia interna de 0.78, confiabilidad de constructo de 0.87 y estructura bidimensional. La GDS-5 mostró consistencia interna de 0.73, confiabilidad de constructo de 83 y estructura unidimensional.^{27,28}

MARCO CONCEPTUAL

En un estudio publicado en el año 2013, efectuado en Barcelona, España, con el título “Depresión en Ancianos, Prevalencia y Factores Asociados”, con el objetivo de describir la prevalencia de depresión y los factores asociados en octogenarios, así como los factores asociados a ella de la comunidad, siendo de tipo transversal, realizado en personas nacidas en el año 1924 en siete centros de atención primaria donde se midió la depresión por medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage en un total de 220 sujetos siendo positivo en 76 pacientes (34,5%), mientras que en la historia clínica estuvo presente en 46 pacientes (20,9%) encontrando que la depresión se asocia con deterioro de actividades básicas e instrumentales, deterioro cognitivo, agotamiento, prescripción de psicotrópicos y menor actividad física observando una elevada depresión en mayores de 85 años.²⁹

Otro estudio elaborado en Cárdenas, Matanza, Cuba de tipo observacional, descriptivo de corte transversal de título “Depresión en el Adulto Mayor” con el objetivo de describir la depresión en los adultos mayores en la consulta de psicogerontología efectuado en el 2014 con un universo de 61 adultos mayores utilizando la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) abreviada y al concluir se pudo apreciar que alrededor del 46% de los ancianos presentaban algún grado de depresión, siendo el sexo más prevalente el femenino con 19 pacientes (67%) y adultos mayores de más de 70 años donde fue más prevalente la depresión en un 61%, siendo la enfermedad más común la Hipertensión Arterial seguida de osteoartritis, cardiopatía isquémica y diabetes mellitus.³⁰

Un estudio elaborado en Cuba, publicado en la en año 2015 con título “Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor”, realizado en el 2012 con el objetivo de describir los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. El estudio fue tipo exploratorio, descriptivo, de corte transversal, tomando como muestra 146 adultos mayores a los cuales se les aplicó un

cuestionario, explorando variables de edad, sexo, factores psicológicos, sociales y valorando la depresión por medio del instrumento de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, reportando en los resultados un predominio mayor en el sexo femenino con un 64.38%, siendo el grupo de 75 a 79 años, el de mayor incidencia, con un 26.04%; el factor psicológico que más influyó en la depresión fue el temor a la muerte, con un 78.08 %; el factor social y la necesidad de comunicación, en un 56.85%; entre los síntomas psicósomáticos se encontró la desesperanza, para 86.98% predominando la depresión establecida en un 50.69%.³¹

Un estudio realizado por la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, en México con título “Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal” con el objetivo de evaluar la depresión en el adulto mayor, siendo está de tipo descriptivo-transversal-correlacional tomando como muestra a 252 adultos mayores de ambos sexos utilizando como instrumento la Escala de Depresión de Yesavage, teniendo como resultados al 40.1% de pacientes sin depresión, 3.9% con depresión leve y el 25% con depresión establecida, con un predominio en el sexo femenino (60.3%), y una depresión leve en el grupo comprendido entre los 71-80 años de edad (41.4%) y establecida entre los de 81 a 90 años de edad (38.9%).³²

La Revista Electrónica de Psicología Iztacala, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, ubicada en el Estado de México, publicó el artículo “Nivel de depresión en personas mayores de 65 años del Estado de Yucatán, México”, siendo el objetivo conocer el nivel de depresión en las personas mayores de 65 años, en el cual se utilizó la Escala de Depresión de Yesavage, en donde participaron 86 personas mayores de 65 años con un promedio de edad de 74.73 años teniendo un diseño observacional, de tipo transversal y de tipo correlacional para conocer la relación entre las variables de depresión y contexto social realizado entre octubre del 2013 y enero de 2014 en donde un 40.7% fueron hombres y un 59.3% mujeres pertenecientes a contextos sociales, encontrando

que la prevalencia en la depresión fue de 23.25 % en las mujeres y de 27.90 en hombres, mientras que el total de personas que presentaron depresión en relación al total de participantes fue de 51.16% siendo de ese total 45.44% mujeres y el 54.53 hombres.³³

En otro estudio efectuado en México por la Revista de Educación y Desarrollo entre abril y junio del 2014, con el título “Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de Salud en Zacatecas”, con el objetivo de comparar los niveles de depresión en adultos mayores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y los Servicios de Salud de Zacatecas(SSZ) en donde se utilizó como instrumento la Escala Geriátrica de Yesavage en su versión abreviada, en donde se estudió una muestra de 594 adultos mayores de los cuales 411 pacientes pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y 183 de los Servicios de Salud de Zacatecas(SSZ), con una edad promedio de 70.7años +- 8.05 años de edad, donde la proporción de depresión fue de 8.6% y de 20 % para el IMSS Y SSZ respectivamente que el sexo donde mayormente predominó fue el femenino observándose una proporción de 19.9%(IMSS) y 22.9%(SSZ) en el sexo femenino y de 9%(IMSS) Y 9%(SSZ) en el masculino, y la proporción de depresión por grupo de edad fue mayor entre el rango de los 60 y 70 años de edad en ambas instituciones.³⁴

JUSTIFICACION

La esperanza de vida en nuestra época ha aumentado exponencialmente, generando un cambio en la pirámide población con disminución en lo ancho de la base y aumentando en la cima, debido a los cambios de estilos de vida y nuevos tratamiento de salud, han generado un incremento en la población de adultos mayores.³⁵

Durante la etapa de la edad avanzada en los individuos, aumenta la aparición de enfermedades afectivas como la ansiedad y la depresión y junto con ellas las alteraciones emocionales siendo estas predictoras, antecesoras o son consecuencias de enfermedades crónicas no transmisibles.³⁶

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino donde predominan manifestaciones clínicas como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastorno del sueño, labilidad emocional e ideas de suicidio.²⁰

Actualmente, la depresión ya no es un asunto personal y privado sino se ha convertido en un asunto de interés general y de salud pública debido a la prevalencia y de su impacto que tiene en la sociedad.^{17, 18}

La depresión en el adulto mayor no es bien conocida, ya que la mayoría de los trabajos sobre etiología y tratamiento se efectúan en gente joven, pero existe una clara evidencia a incrementarse en los adultos mayores por lo que veremos que esta tendencia se desplazara hacia las edades más avanzadas.²⁸

El adulto mayor con depresión presenta de dos a tres veces más probabilidades de morir, acude más frecuentemente a los servicios médicos de salud y en aquellos que se encuentren hospitalizados con frecuencia se complican y se prolonga su estancia hospitalaria, aumentado así los costos humanos y financieros de la atención médica.²⁰

La depresión continua siendo subtratada en México y el acceso a la atención tiene un retraso muy importante provocando que su costo social sea mayor ²⁸ existiendo una carencia de datos o estos resultan inconsistentes respecto a la prevalencia de depresión entre los adultos mayores, y existiendo un subdiagnóstico especialmente en primer nivel de atención médica.^{20, 21}

El presente estudio es para Identificar y comprender con mayor profundidad la relación existente entre las enfermedades médicas y la depresión de modo que la fuente etiológica de los síntomas pueda estimarse con mayor precisión evitándose el sobre diagnóstico de enfermedades crónicas y el subdiagnóstico de depresión en el primer nivel de atención y finalmente canalizar y tratar oportunamente a nuestros derechohabientes.¹⁹ y contando con una pirámide población en la umf 14 del IMSS. CDMX. de 94,522 derechohabientes en total, en donde se representa al adulto mayor de 60 años y más con una cantidad de 24,036, lo cual hace factible la realización de dicho estudio en esta unidad. ³⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial se ha incrementado y de acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS) entre año 2000 y 2050 el porcentaje de los habitantes mayores de 60 años se duplicara del 12 al 22% dándose una inversión de la población debido a que la población adulta será superior a la de niños menores de 5 años esto gracias a la medicina y a la existencia de métodos de planificación familiar y se espera que para el 2050 los adultos mayores lleguen a 2000 millones de modo que de 1 de cada 5 personas habitantes serán mayores de 60 años.¹

En el último censo de INEGI en el año 2010 de México se contaban ya con 112.3 millones de habitantes y de estos 10.1 millones eran adultos mayores con una representación de 9.0% es decir 1 de cada 10 habitantes en el país por lo cual con la prolongación de vida humana también se ve aumentado incidencia y la prevalencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas.³

Por el mismo aumento gradual de la población adulta mayor, veremos cómo las enfermedades mentales se van presentado este grupo de edad y de acuerdo a estadísticas de la OMS el 25% de las personas mayores de 65 años tendrán un trastorno psiquiátrico siendo la depresión la más frecuente y de acuerdo a sus cálculos, se espera que en el año 2020 será la segunda enfermedad más frecuente del planeta y entre el 10 y 45% de este grupo de edad tendrán en algún momento un síntoma depresivo y este aumentara de 2 a 3 veces en caso de comorbilidad asociada.¹³

La depresión ya se considera un problema de salud pública y que aunque se presenta en distintas edades tiene una mayor frecuencia en el adulto mayor debido a causas multifactoriales como disminución de las capacidades mentales, físicas, de soledad, viudez, entre otras asociado además a enfermedades crónico degenerativas.^{13, 18, 19} tanto la ansiedad como la depresión son alteraciones frecuentes en los adultos mayores de difícil diagnóstico.³⁷

La depresión en México es subtratada ¹⁷ y subdiagnosticada en el adulto mayor sobre todo en el primer nivel de atención por no percibirse como una necesidad de atención medica tanto por el paciente como por sus familiares así como por el médico por lo cual es fundamental identificarla de forma oportuna para iniciar su manejo por lo cual se deberán utilizar algún tipo de tamizaje para identificarla como seria la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage la cual es una de las más utilizadas a nivel mundial.²¹, siendo la GDS-15 que consta de 15 ítems (versión corta) con un patrón de respuesta dicotómico (si o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor durante en los últimos 15 días.²⁷

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de depresión en adultos mayores con enfermedad crónica degenerativa en la UMF No. 14 del IMSS. CDMX?

OBJETIVOS

General

Determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores con enfermedad crónica degenerativa en la UMF No. 14 del IMSS. CDMX.

Específico

Determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores con enfermedad crónica degenerativa por edad y sexo en la UMF No.14.

Identificar las enfermedades crónicas degenerativas más comunes que se asocien con la depresión.

Relacionar el grado de depresión en los adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas.

HIPÓTESIS

Al ser un trabajo de investigación observacional, descriptivo y transversal no requiere hipótesis.

METODOLOGIA

Tipo de estudio. Observacional, Descriptivo y transversal.

Sitio de estudio. En la unidad de medicina familiar No. 14 Aeropuerto ubicada en la CDMX

Universo de trabajo. Los participantes en el estudio fueron un total de 200 pacientes, muestra no probabilística y por conveniencia. El presente estudio se realizó en adultos mayores de 60 años o más de ambos sexos, en los turnos matutino y vespertino con enfermedades crónicas degenerativas y se evaluó el grado de depresión. Los participantes tuvieron que cumplir con los criterios de inclusión y contestar el instrumento (escala de Yesavage de 15 ítems de tipo dicotómico) en forma completa. Se les invito a participar informándoles de manera clara sobre el estudio que se llevaría a cabo; la autorización se recabo mediante el formato de consentimiento informado institucional. Posteriormente se les aplico el instrumento (validado a nivel internacional), para evaluar la depresión denominado Yesavage, instrumento de 15 ítems (GDS-15) de auto-aplicación. La GDS-15 refiere consistencia interna de 0.78, confiabilidad de constructo de 0.87.

Tiempo de Estudio. Se realizó del 01 de noviembre del 2016 al 30 de abril del 2017.

Procedimiento para integrar la muestra

Se les invito a participar a 200 pacientes adultos mayores de 60 años o más de ambos sexos, turnos con enfermedades crónicas degenerativas, dentro de umf No. 14, Aeropuerto ubicada en la CDMX donde se les evaluó el grado de depresión por medio de nuestro instrumento. La muestra fue no probabilística y por conveniencia. Se les informo de manera clara sobre el estudio que se llevaría a cabo. La autorización se recabo mediante un formato de consentimiento informado institucional. Posteriormente se le aplico el instrumento la Escala Geriátrica de Depresión (GDS) de Yesavage, un instrumento de 15 ítems (GDS-15) de auto-aplicación.

Procedimiento para recolectar la información

Se realizó a partir de una hoja de recolección de datos, en la cual incluyo la encuesta de características generales de una muestra de pacientes de 60 años o más con enfermedad(es) crónica(s) y la aplicación del instrumentó Yesavage de 15 ítems (GDS-15). El instrumento para la investigación y las variables de importancia para el estudio, se analizaron en el programa SPSS 22.

Materiales y métodos

Para evaluar el grado depresión se utilizó el instrumento validado Yesavage (GDS-15), que es una escala tipo genérica para evaluar depresión. Sus buenas propiedades para medir depresión y en forma de auto-aplicación, han sido evaluadas en múltiples estudios por todo el mundo, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la depresión.

El Instrumento Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems, de Yesavage (GDS-15) originalmente está compuesto por 30 Ítems que valora la depresión y que en su versión corta de 15 ítems se obtienen conclusiones muy parecidas.

Las 15 preguntas que contiene la escala se observan en el anexo 3 y su interpretación es: 0-5 normal, 6-9 depresión leve y mayor a 10 depresión establecida.

La escala presenta 15 preguntas de tipo dicotómica (si/no) con un valor Si= 0-1, y No 0-1 (ver anexo 3).

Análisis de datos

Se realizó estadística descriptiva, por porcentajes y frecuencias, así como medidas de tendencia central para variables cuantitativas, moda, mediana, promedio, desviación estándar, mínimos y máximos, además se realizó estadística inferencial; para ver la asociación entre cada una de las variables cualitativa nominal, se utilizó chi-cuadrada (X^2) con una significancia para $\alpha=0.05$ con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Se utilizó el instrumento la Escala Geriátrica de Depresión con sus 15 ítems de tipo dicotómico incluida en el cuestionario agregándose las demás variables, edad, sexo y enfermedades crónicas degenerativas las cuales fueron vaciados y procesados para su estudio en el Programa Excel y el programa estadístico SPSS versión 22, presentándose los resultados en forma de tablas y gráficos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

➤ Criterios de inclusión

- Pacientes derechohabientes de ambos sexos y turnos de 60 años o más adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 14.
- Pacientes con diagnóstico de Enfermedad(es) Crónica(s) Degenerativa(s).
- Pacientes que firmen la carta de consentimiento informado y que deseen participar en el estudio.
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Sin patología psiquiátrica y/o psicológica.
- Sin discapacidad de lenguaje.

➤ Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 60 años.
- Pacientes sin diagnóstico de Enfermedad(es) Crónica(s) Degenerativa(s).
- Pacientes que no sean derechohabientes y/o que no estén afiliados a la UMF14.
- Pacientes con patología psiquiátrica y/o psicológica.
- Pacientes que no firmen la carta de consentimiento informado.

➤ Criterios de eliminación

- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes que no contesten completo el instrumento.

RECURSOS

Humano.

- Investigador responsable.

Financieros

- Aportados por el investigador.

Impresos

- Libros
- Revistas

Informáticos.

- Fuentes documentales médicas de la Web (PubMed, Google académico, Elsevier, ScienceDirect, Medigraphic).

Materiales

- Un escritorio.
- Sillas
- Computadora de escritorio o portátil e Impresora.
- Memoria USB.
- Cuaderno, plumas, lápices, hojas blancas tamaño carta, tablas de apoyo de acrílico o madera para las hojas de encuestas, gomas, sacapuntas, calculadora.
- Bata blanca para el investigador responsable en la aplicación de la encuesta.
- Gafete de la institución en donde se realizará la encuesta.
- Encuestas del Test de Yesavage, con hoja de datos personales del encuestado (en apego estricto a la confidencialidad) y de consentimiento informado.

VARIABLES

Depresión

Definición conceptual: Conjunto de síntomas que se manifiestan por pérdida de intereses y la incapacidad de satisfacción por las actividades con alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales.

Definición Operacional: Recolectar y analizar los resultados del cuestionario corto de Yesavage en adultos mayores.

Tipo de variable: De importancia, Dependiente.

Escala de Medición: Cualitativa y cuantitativa.

Indicador:

Normal..... 0-5 puntos

Leve..... 6-9 puntos

Mayor... 10-15 puntos

Adulto Mayor

Definición conceptual: La Norma Oficial Mexicana NOM-31-SSA3-2012 de Asistencia Social, Prestación de Servicios de Asistencia Social a Adultos y Adultos Mayores en Situación de Riesgo y vulnerabilidad en sus definiciones y abreviaturas la define como “persona que cuente con 60 años o más de edad”.⁷

Definición Operacional: Cuantificar a las Personas en estudio que pertenezcan a la edad de adulto mayor según la NOM-31-SSA3-2012.

Tipo de variable: Sociodemográfica.

Escala de Medición: Cualitativa, cuantitativa.

Indicador: Edades de 60-64 años y 11 meses, 65-69 años y 11 meses, 70-74 años y 11 meses, 75-79 años y 11 meses, 80-84 años y meses y de 85 años y más.

Enfermedad crónica degenerativa

Definición conceptual: Se define como el deterioro físico relacionado a patologías biológicas las cuales son progresivas y permanentes en el ser humano. El problema mayor para el enfermo es que nunca vuelve a recuperar el estatus de persona sana.²⁴

Definición Operacional: Se recolecta por su historial clínico personal.

Tipo de variable: Dependiente.

Escala de Medición: Cualitativa.

Indicador: Las principales enfermedades crónicas como diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), artrosis, neumopatías, cardiopatías, poliartropatía inflamatorias, dislipidemia, obesidad, hepatopatías, nefropatías.

Sexo

Definición conceptual: Cualidad biológica con la que nace un individuo.

Definición Operacional: Se recolecta por ficha de identificación.

Tipo de variable: Sociodemográfica.

Escala de Medición: Cualitativa dicotómica.

Indicador: Femenino o masculino.

Estado civil

Definición conceptual: Es el conjunto de cualidades o condiciones de una persona que producen consecuencias jurídicas y que se refieren a su posición dentro de una comunidad.

Definición operacional: Se medirá mediante los datos acentuados en la ficha de identificación.

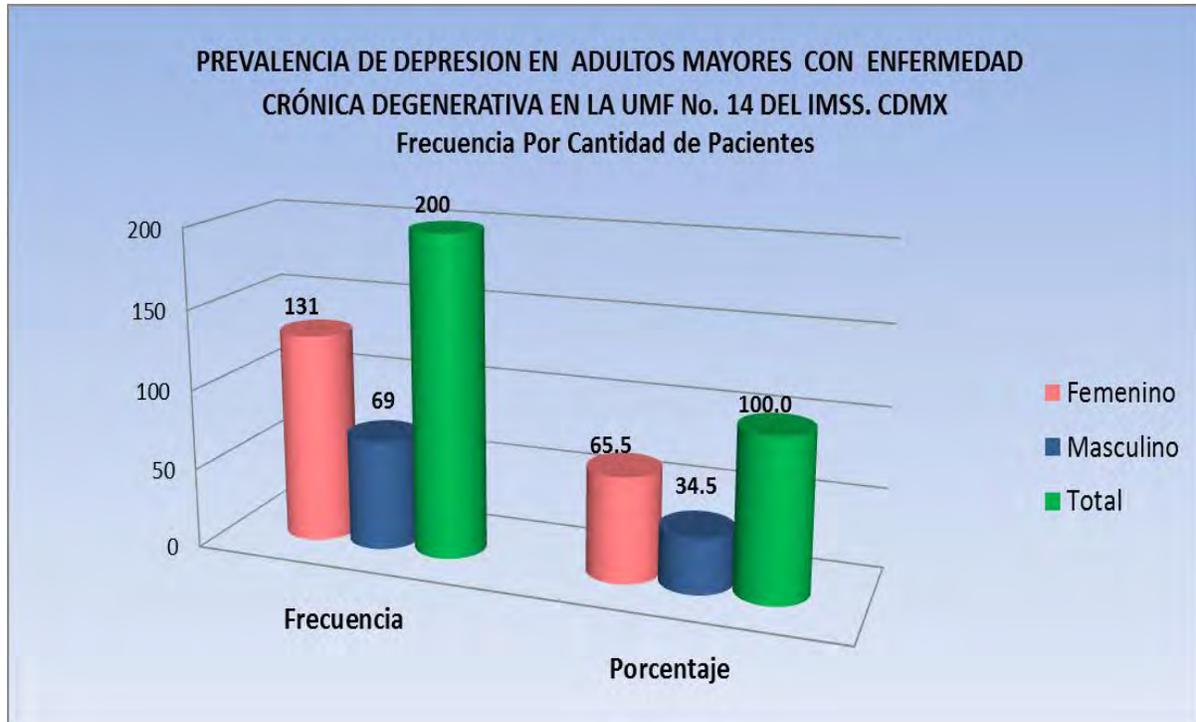
Tipo de variable: Sociodemográfica.

Escala de Medición: Cualitativa, nominal, politómica

Indicador: Soltero, casado, unión libre, viudo, divorciado.

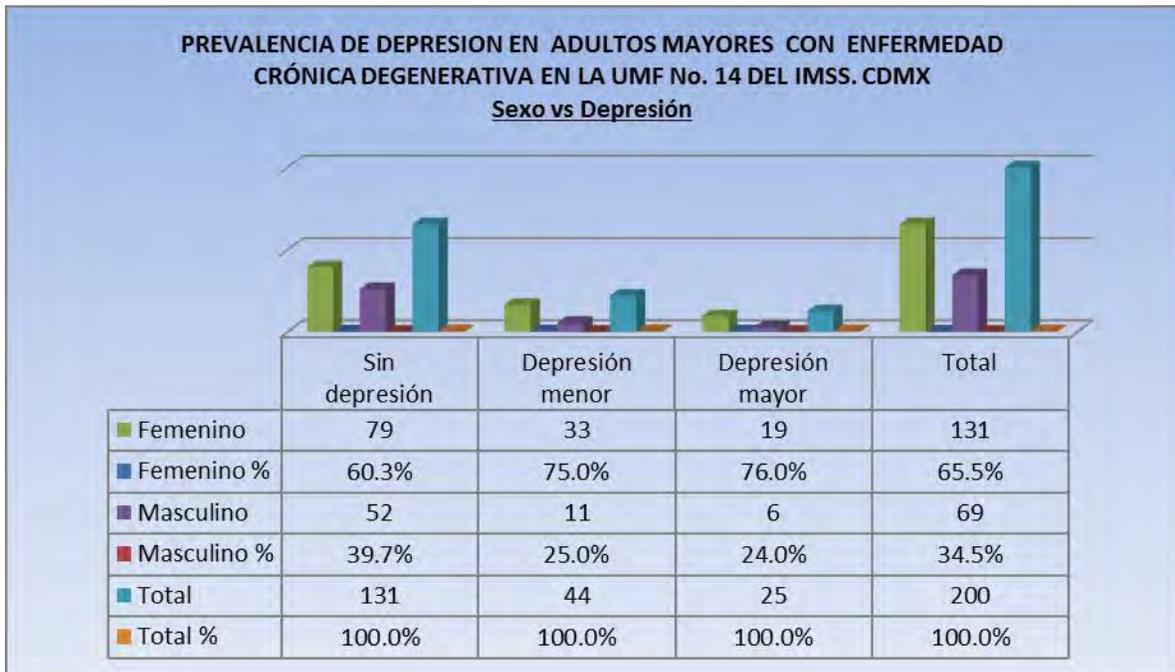
RESULTADOS

Frecuencia de pacientes



Descripción: La gráfica da a conocer que la muestra de la investigación está formada por 200 pacientes, con **131 (65.5%)** del género femenino y **69 (34.5%)** del género masculino.

Prevalencia de depresión por sexo



Descripción: Se observa que el género femenino prepondera en todos los tipos de depresión, siendo el porcentaje más alto para éste tipo de pacientes en la **Depresión Mayor** con un 76.0%.

En el género masculino, su porcentaje más alto se encuentra en aquellos pacientes **Sin depresión**, con un 39.7%.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4.541 ^a	2	.103
Razón de verosimilitud	4.679	2	.096
Asociación lineal por lineal	3.923	1	.048
N de casos válidos	200		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8.63.

Descripción de la prueba de Chi-cuadrado.

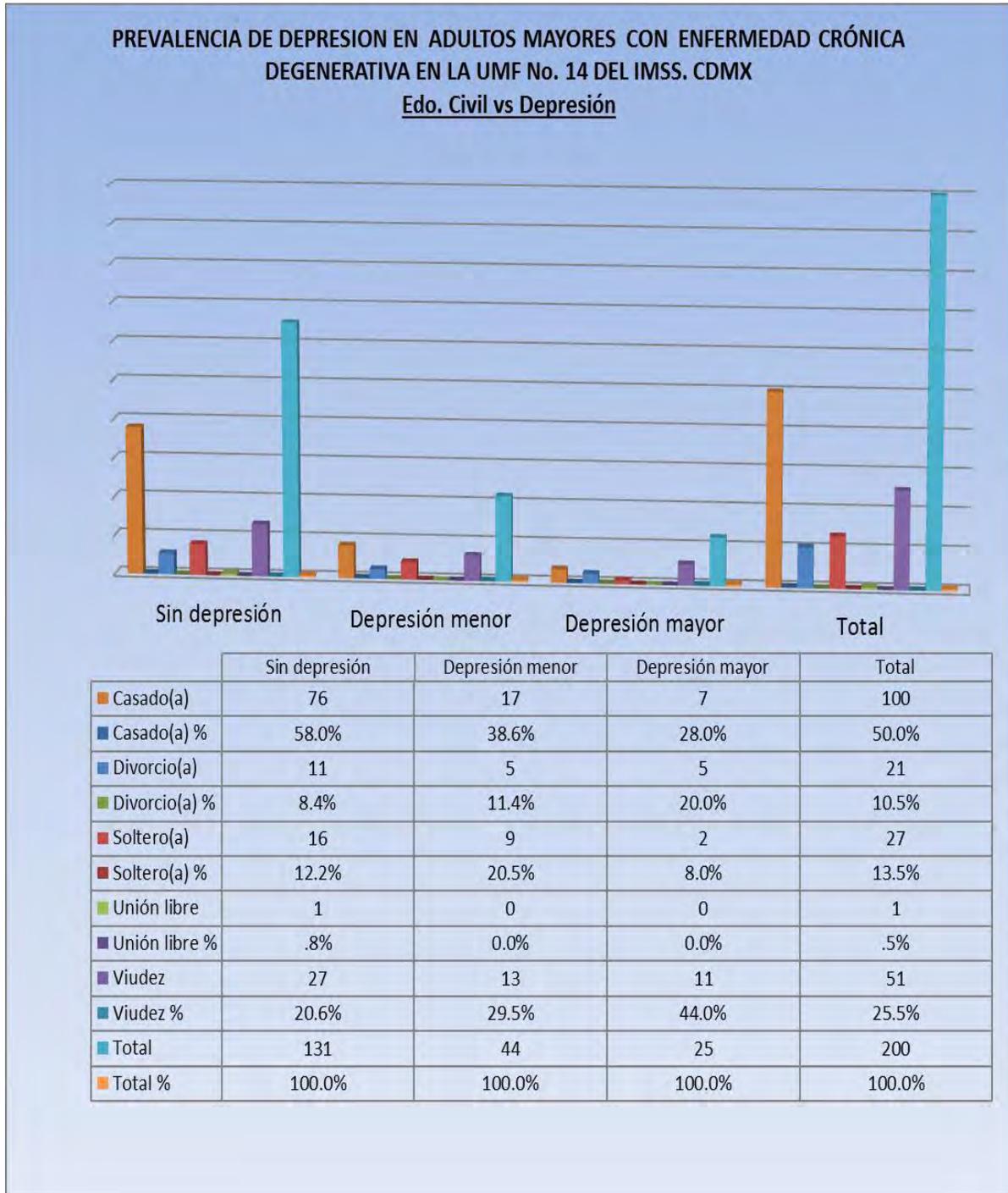
$P = 0.103$

$\alpha = 0.05$

$P < \alpha =$ Existe relación entre las variables.

$0.103 > 0.05 =$ **“No existe relación entre las variables Sexo y Depresión.”**

Prevalencia de depresión por estado civil



Descripción: La gráfica muestra que el estado civil con los porcentajes más altos son para los pacientes que están **“Casados”**, en cada uno de las clasificaciones de la Depresión.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	15.661 ^a	8	.047
Razón de verosimilitud	15.396	8	.052
Asociación lineal por lineal	8.415	1	.004
N de casos válidos	200		

a. 6 casillas (40.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .13.

Descripción de la prueba de Chi-Cuadrado

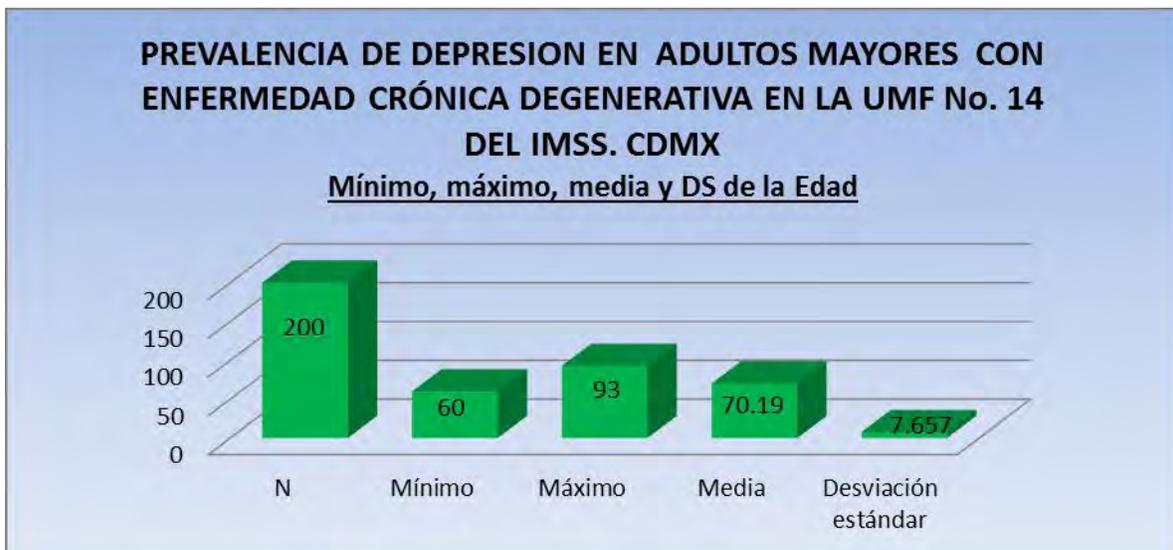
$P = 0.047$

$\alpha = 0.05$

$P < \alpha =$ Existe relación entre las variables.

$0.047 < 0.05 =$ **“Si existe relación entre las variables Estado Civil y Depresión.”**

Mínimo, máximo, media y Desviación Estándar por edad



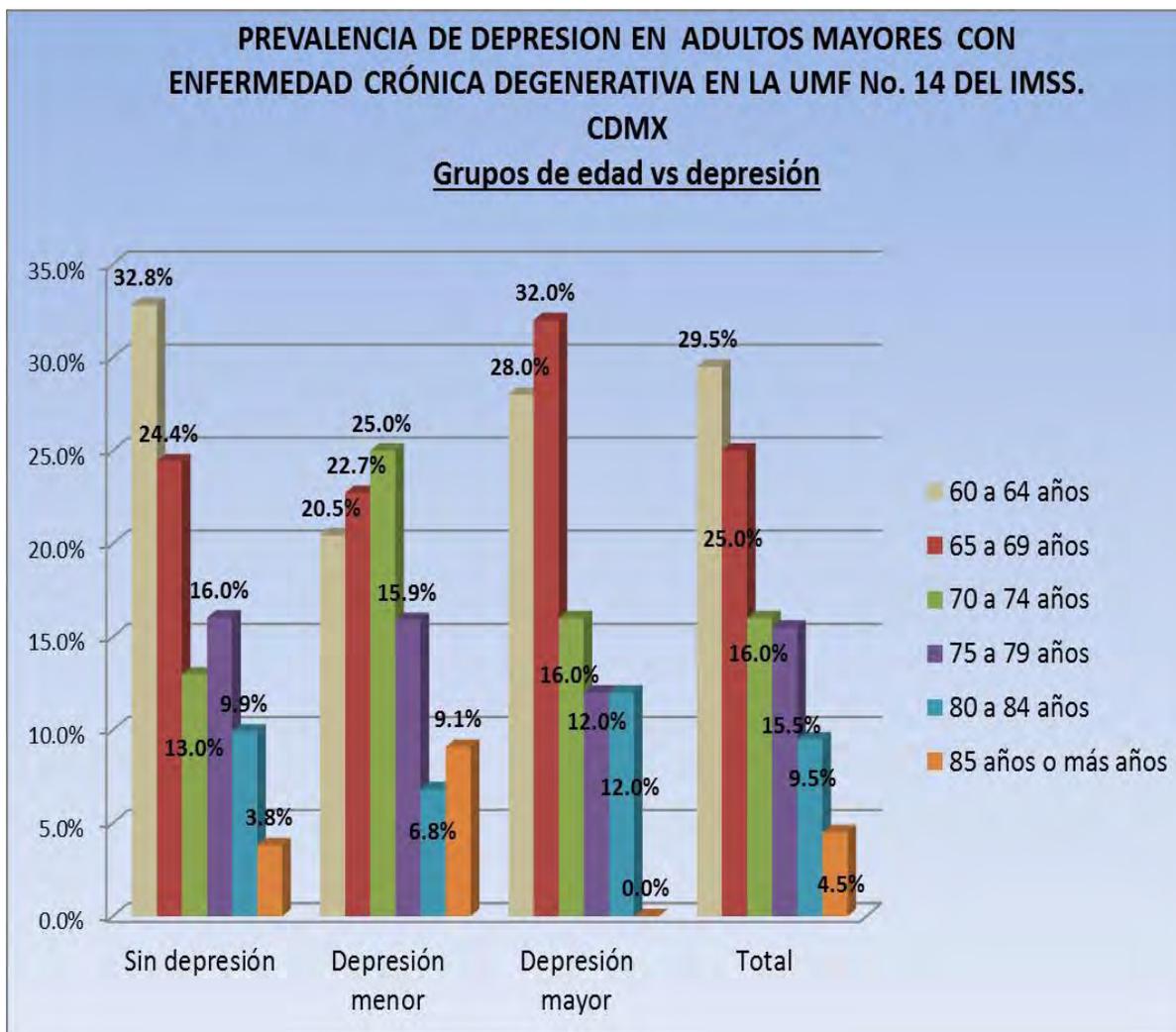
Descripción: Se muestra que de los 200 pacientes encuestados se encuentran con una edad mínima de 60 años y el máximo con 93 años de edad, teniendo una edad media de 70.19 y una Desviación Estándar de 7.657.

Prevalencia de depresión por Grupo de edad

Descripción: Por la cantidad tan grande de la muestra (200 pacientes), se agruparon las edades en 6 grupos: (1) Entre 60 y 64 años, (2) entre 65 y 69 años, (3) entre 70 y 74 años, (4) entre 75 y 79 años, (5) entre 80 y 84 años y (6) con 85 años o más

El grupo más grande es el que se encuentra entre los 60 y 64 años de edad., pues en la sección de “**Total**”, se encuentra con el 29.5.0%.

Analizando los tipos depresión, los pacientes **Sin depresión**, el grupo de edad con el porcentaje más alto es para los que están entre los 60 y 64 años, con el 32.8%; **Depresión menor**, el grupo de edad con el porcentaje más alto es para los que están entre los 70 y 74 años con un 25.0%; **Depresión mayor**, el grupo de edad con el porcentaje más alto es para los pacientes que están entre los 65 y 69 años con un 32.0%



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9.374 ^a	10	.497
Razón de verosimilitud	9.888	10	.450
Asociación lineal por lineal	.104	1	.747
N de casos válidos	200		

a. 6 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.13.

Descripción de la prueba de Chi-Cuadrado.

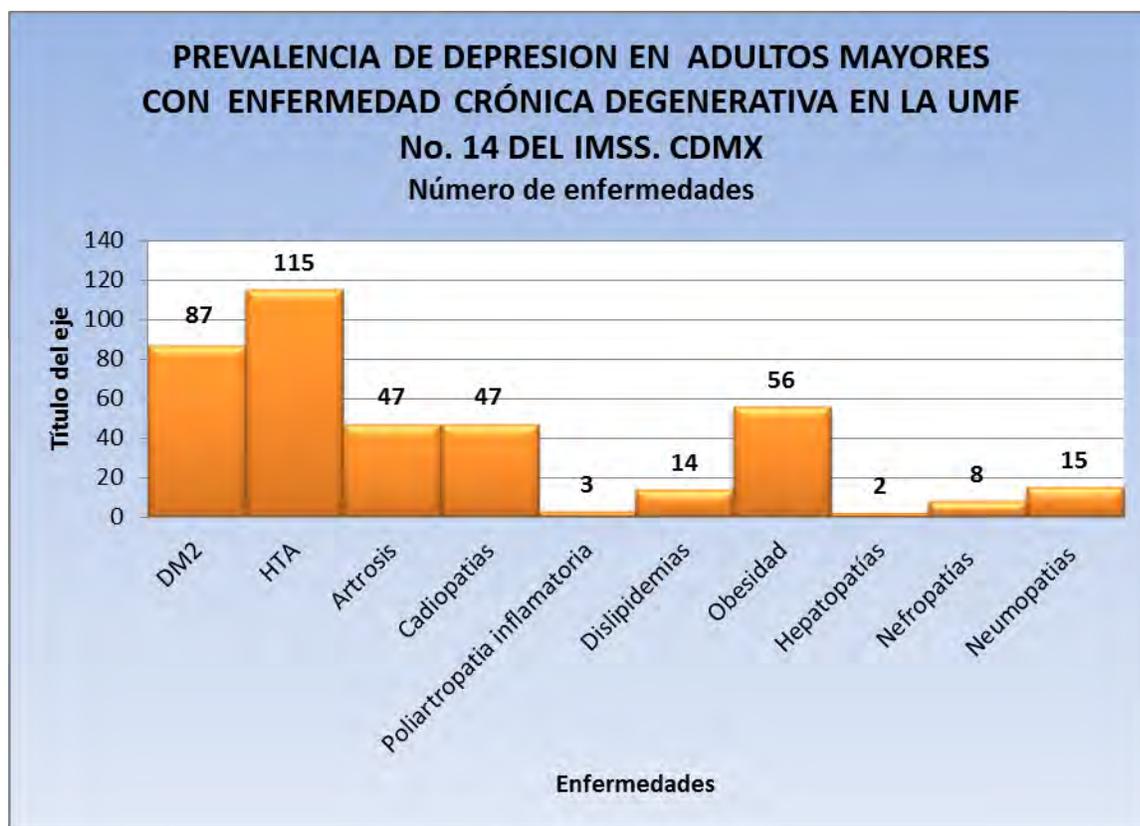
$$P = 0.497$$

$$\alpha = 0.05$$

$P < \alpha$ = Existe relación entre las variables.

$0.497 > 0.05 =$ ***“No existe relación entre las variables Grupos de edad y Depresión.”***

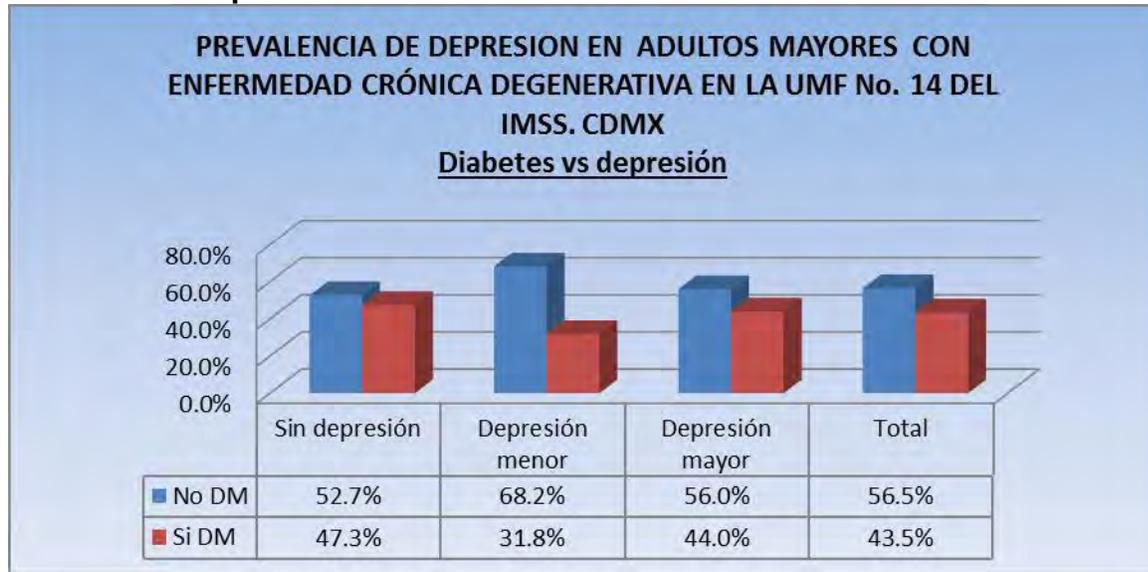
Enfermedades crónicas degenerativas más comunes que se asocian con la depresión.



Descripción: Se observa que la enfermedad preponderante con 115 pacientes es la Hipertensión Arterial, seguido de la DM2.

Relacionar el grado de depresión en los adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas

Diabetes vs depresión



Descripción: Se muestra que es mayor el porcentaje de pacientes que NO presentan DM con un 56.5%.

De aquellos pacientes que si presentan la enfermedad, el porcentaje más alto lo tienen aquellos pacientes que no presentan tener depresión, seguido de aquellos que presentan una depresión mayor.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3.227 ^a	2	.199
Razón de verosimilitud	3.299	2	.192
Asociación lineal por lineal	.970	1	.325
N de casos válidos	200		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10.88.

Descripción de la prueba de Chi-Cuadrado.

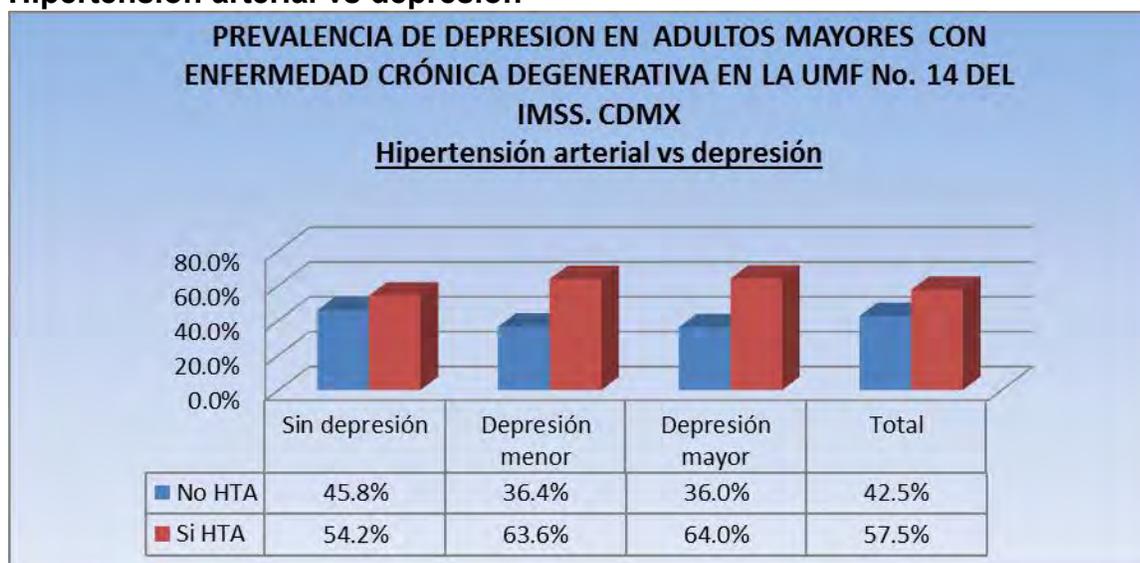
$P = 0.199$

$\alpha = 0.05$

$P < \alpha =$ Existe relación entre las variables.

$0.199 > 0.05 =$ **“No existe relación entre las variables Diabetes y Depresión.”**

Hipertensión arterial vs depresión



Descripción: Se muestra que el porcentaje preponderante es sobre los pacientes que Si presentan HTA con un 57.5%.

De aquellos pacientes que si presentan la enfermedad, el porcentaje más alto lo tienen aquellos que presentaron una depresión mayor.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1.695 ^a	2	.429
Razón de verosimilitud	1.709	2	.426
Asociación lineal por lineal	1.444	1	.229
N de casos válidos	200		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10.63.

Descripción de la prueba de Chi-Cuadrado.

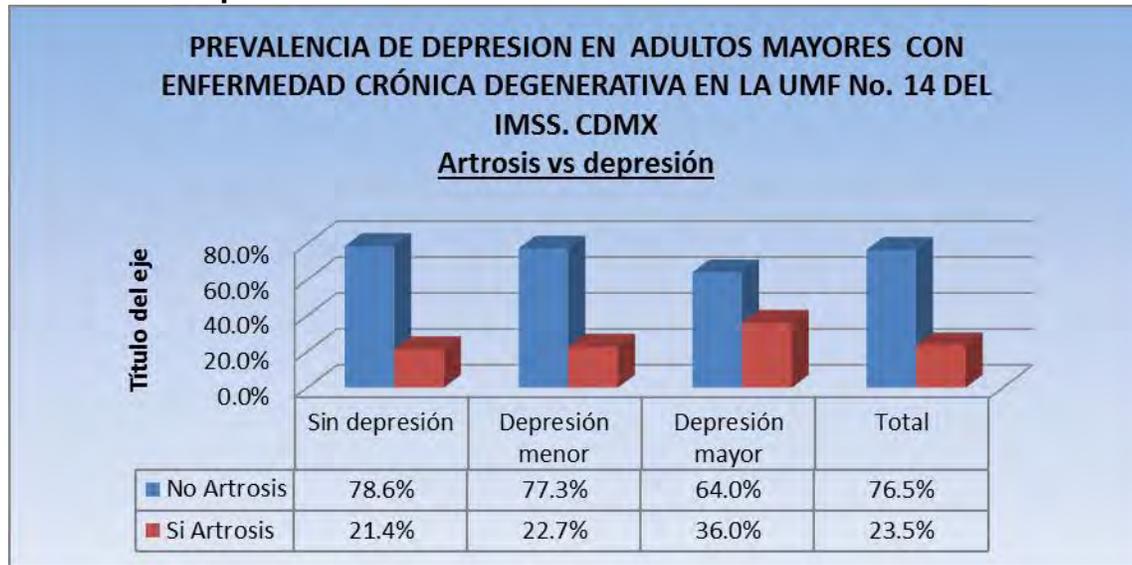
$P = 0.429$

$\alpha = 0.05$

$P < \alpha =$ Existe relación entre las variables.

$0.429 > 0.05 =$ **“No existe relación entre las variables HTA y Depresión.”**

Artrosis vs depresión



Descripción: Se muestra que el porcentaje alto es sobre los pacientes que No presentan Artrosis con un 76.5%.

De aquellos pacientes que si presentan la enfermedad, el porcentaje más alto lo tienen aquellos que presentaron una depresión mayor.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2.517 ^a	2	.284
Razón de verosimilitud	2.320	2	.314
Asociación lineal por lineal	1.937	1	.164
N de casos válidos	200		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.88.

Descripción de la prueba de Chi-Cuadrado

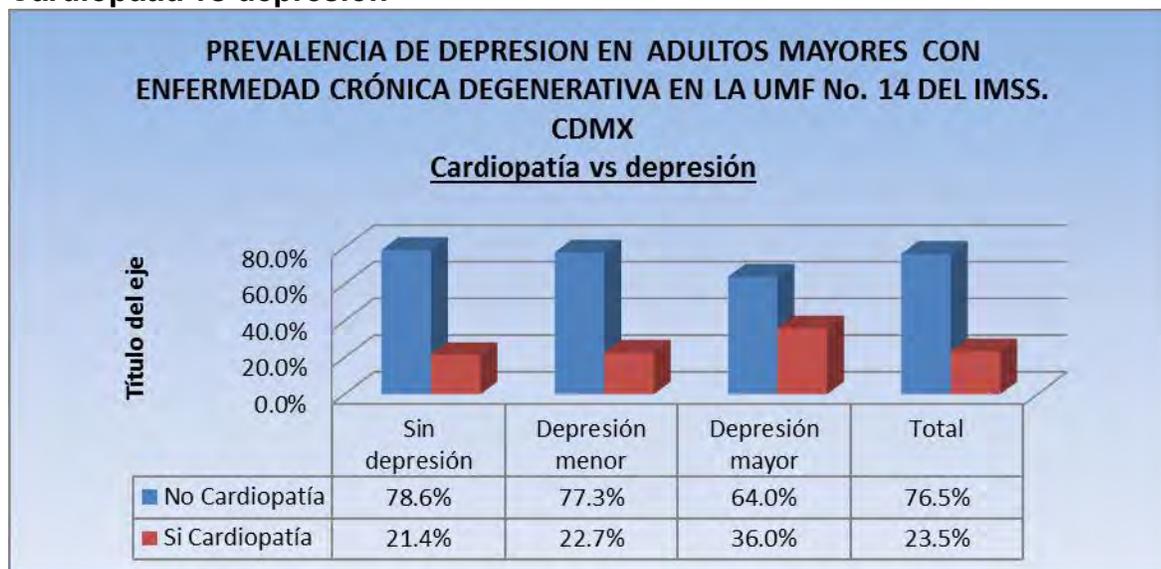
$P = 0.284$

$\alpha = 0.05$

$P < \alpha =$ Existe relación entre las variables.

$0.284 > 0.05 =$ **“No existe relación entre las variables Artrosis y Depresión.”**

Cardiopatía vs depresión



Descripción: Se muestra que el porcentaje preponderante es sobre los pacientes que NO presentan Cardiopatía con un 76.55%.

De aquellos pacientes que si presentan la enfermedad, el porcentaje más alto lo tienen aquellos que presentaron una depresión mayor.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2.517 ^a	2	.284
Razón de verosimilitud	2.320	2	.314
Asociación lineal por lineal	1.937	1	.164
N de casos válidos	200		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.88.

Descripción de la prueba de Chi-Cuadrado

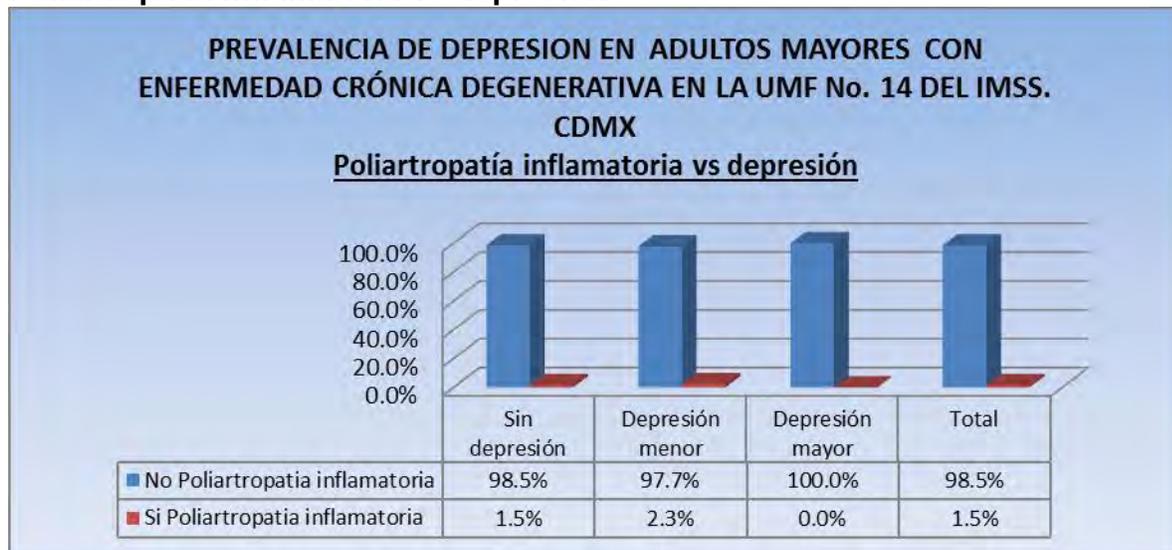
$P = 0.284$

$\alpha = 0.05$

$P < \alpha =$ Existe relación entre las variables.

$0.284 > 0.05 =$ **“No existe relación entre las variables Cardiopatía y Depresión.”**

Poliartropatía inflamatoria vs depresión



Descripción: Se muestra que el porcentaje preponderante es sobre los pacientes que NO presentan Poliartropatía inflamatoria con un 98.5%. De aquellos pacientes que si presentan la enfermedad, el porcentaje más alto lo tienen aquellos que presentaron una depresión menor.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	.559 ^a	2	.756
Razón de verosimilitud	.910	2	.634
Asociación lineal por lineal	.113	1	.736
N de casos válidos	200		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .38.

Descripción de la prueba de Chi-Cuadrado

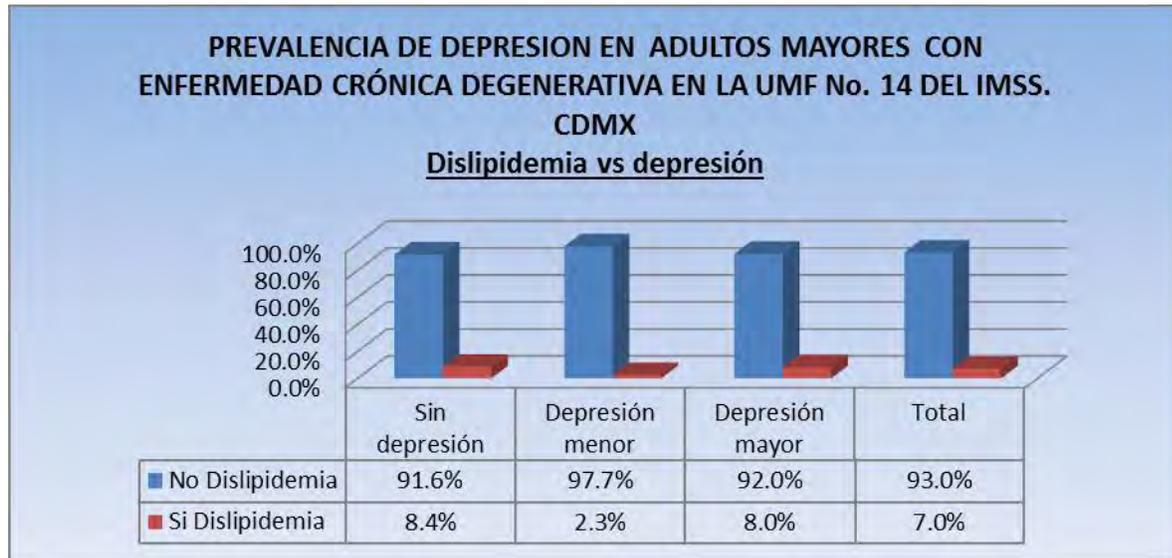
$P = 0.486$

$\alpha = 0.05$

$P < \alpha =$ Existe relación entre las variables.

$0.756 > 0.05 =$ **“No existe relación entre las variables Poliartropatía inflamatoria y Depresión.”**

Dislipidemia vs depresión



Descripción: Se muestra que el porcentaje preponderante es sobre los pacientes que No presentan Dislipidemia con un 93.0%.

De aquellos pacientes que si presentan la enfermedad, el porcentaje más alto lo tienen aquellos que no tienen depresión, seguido de aquellos que presentaron una depresión mayor.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1.941 ^a	2	.379
Razón de verosimilitud	2.422	2	.298
Asociación lineal por lineal	.382	1	.536
N de casos válidos	200		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.75.

Descripción de la prueba de Chi-Cuadrado.

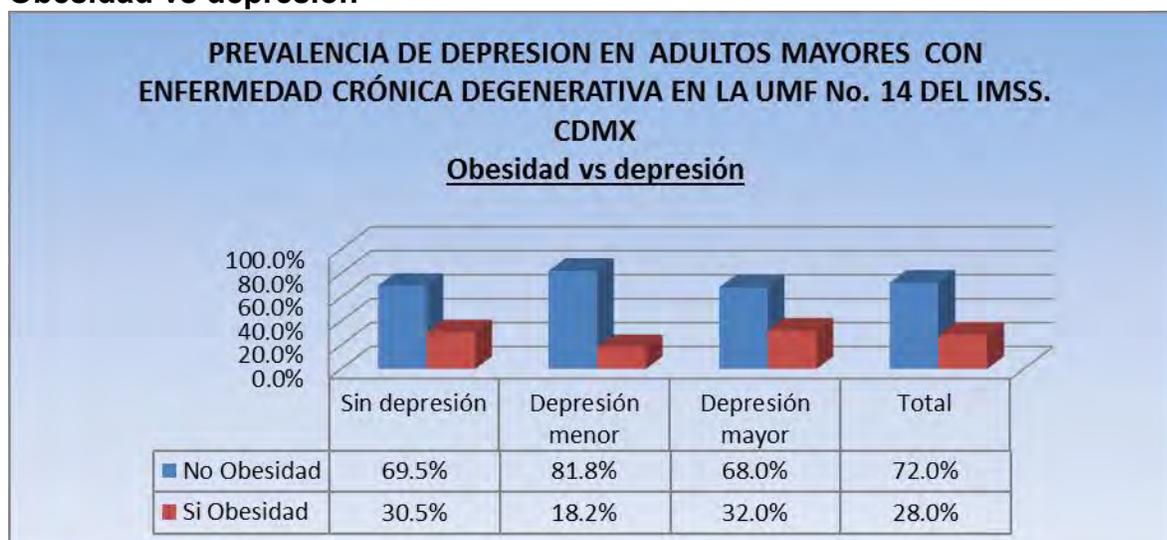
$P = 0.379$

$\alpha = 0.05$

$P < \alpha =$ Existe relación entre las variables.

$0.379 > 0.05 =$ **“No existe relación entre las variables Dislipidemia y Depresión.”**

Obesidad vs depresión



Descripción: Se muestra que el porcentaje preponderante es sobre los pacientes que NO presentan Obesidad con un 72.0%.

De aquellos pacientes que si presentan la enfermedad, el porcentaje más alto lo tienen aquellos que tienen depresión mayor.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2.720 ^a	2	.257
Razón de verosimilitud	2.899	2	.235
Asociación lineal por lineal	.266	1	.606
N de casos válidos	200		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7.00.

Descripción de la prueba de Chi-Cuadrado.

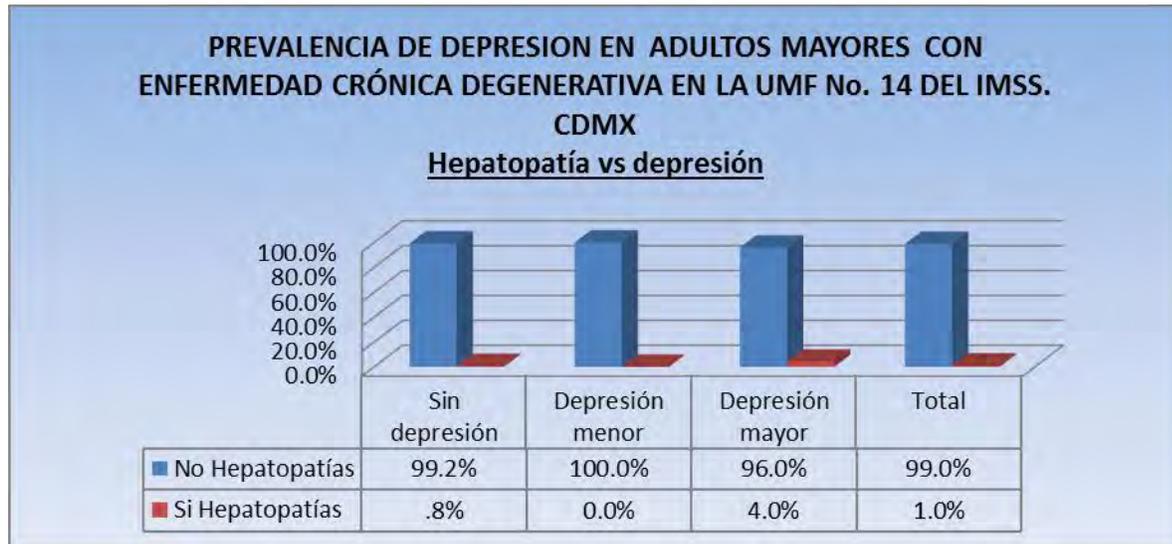
$P = 0.257$

$\alpha = 0.05$

$P < \alpha =$ Existe relación entre las variables.

$0.257 > 0.05 =$ **“No existe relación entre las variables Obesidad y Depresión.”**

Hepatopatías vs depresión



Descripción: Se muestra que el porcentaje preponderante es sobre los pacientes que No presentan Hepatopatías con un 99.0%. De aquellos pacientes que si presentan la enfermedad, el porcentaje más alto lo tienen aquellos que tienen depresión mayor.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2.791 ^a	2	.248
Razón de verosimilitud	2.261	2	.323
Asociación lineal por lineal	1.131	1	.287
N de casos válidos	200		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .25.

Descripción de la prueba de Chi-Cuadrado

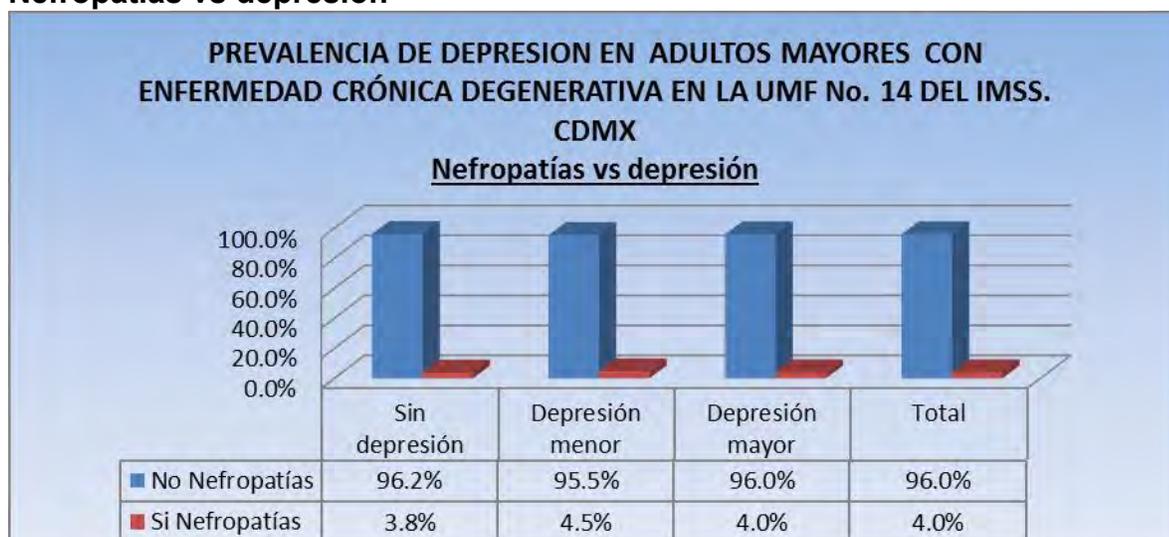
$P = 0.248$

$\alpha = 0.05$

$P < \alpha =$ Existe relación entre las variables.

$0.248 > 0.05 =$ **“No existe relación entre las variables Hepatopatías y Depresión.”**

Nefropatías vs depresión



Descripción: Se muestra que el porcentaje preponderante es sobre los pacientes que NO presentan Nefropatías con un 96.0%. De aquellos pacientes que si presentan la enfermedad, el porcentaje más alto lo tienen aquellos que tienen depresión menor.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	.046 ^a	2	.977
Razón de verosimilitud	.044	2	.978
Asociación lineal por lineal	.015	1	.903
N de casos válidos	200		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.00.

Descripción de la prueba de Chi-Cuadrado

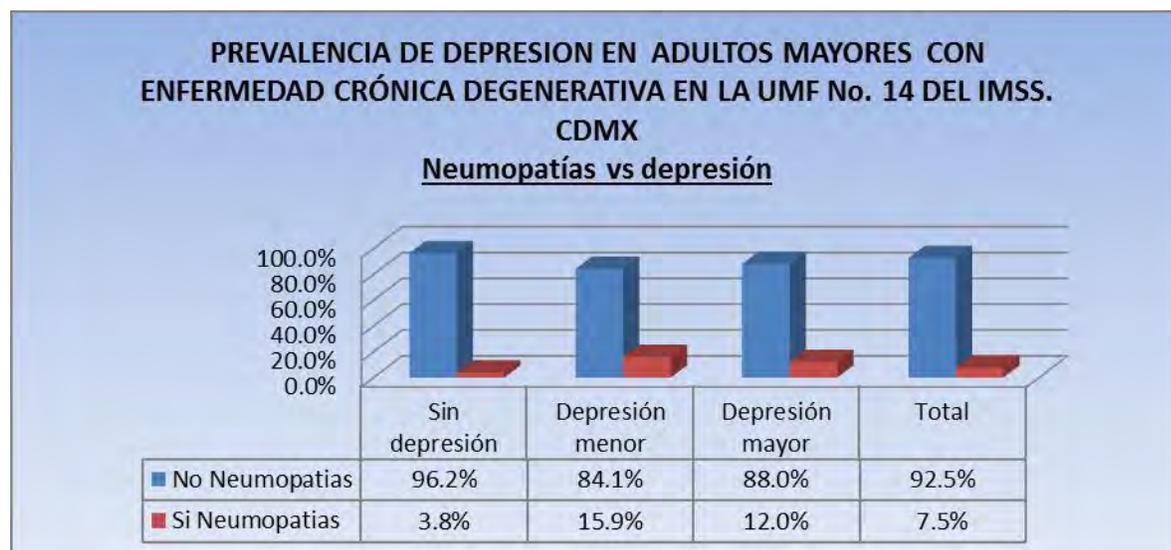
$P = 0.977$

$\alpha = 0.05$

$P < \alpha =$ Existe relación entre las variables.

$0.977 > 0.05 =$ **“No existe relación entre las variables Nefropatías y Depresión.”**

Neumopatías vs depresión



Descripción: Se muestra que el porcentaje preponderante es sobre los pacientes que No presentan Neumopatías con un 92.5%.

De aquellos pacientes que si presentan la enfermedad, el porcentaje más alto lo tienen aquellos que tienen depresión menor.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7.776 ^a	2	.020
Razón de verosimilitud	7.185	2	.028
Asociación lineal por lineal	5.087	1	.024
N de casos válidos	200		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.88.

Descripción de la prueba de Chi-Cuadrado

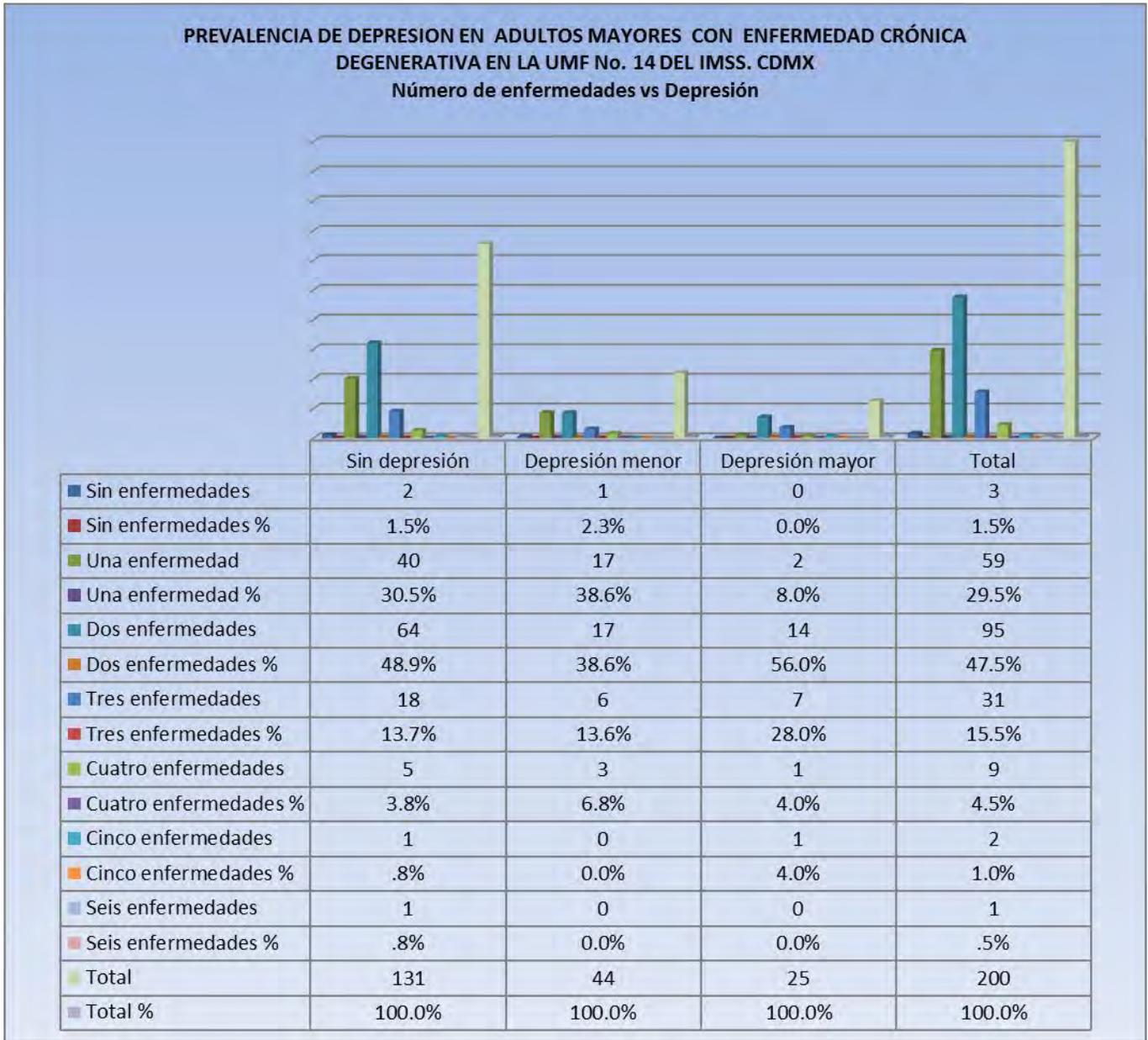
$P = 0.020$

$\alpha = 0.05$

$P < \alpha =$ Existe relación entre las variables.

$0.020 < 0.05 =$ "Existe relación entre las variables Neumopatías y Depresión."

Número de enfermedades vs Depresión



Descripción: Se observa en la gráfica que el porcentaje más alto de enfermedades es para los pacientes que tuvieron 2 enfermedades con 95 (47.5%); dentro de cada uno de los grupos de depresión, se observa que en “Sin depresión”, 64 (48.9%) con dos enfermedades, Depresión menor 17 (38.6%) con una y dos enfermedades; Depresión mayor 14 (56.0%) con dos enfermedades.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	13.765 ^a	12	.316
Razón de verosimilitud	14.893	12	.247
Asociación lineal por lineal	2.904	1	.088
N de casos válidos	200		

a. 12 casillas (57.1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .13.

Descripción de la prueba de Chi-Cuadrado

$P = 0.316$

$\alpha = 0.05$

$P < \alpha =$ Existe relación entre las variables.

$0.316 > 0.05 =$ **“No existe relación entre el número de enfermedades y la Depresión.”**

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio que se realizó a un número de 200 participantes de ambos sexos de la unidad de la umf No. 14 IMSS ubicada en la CDMX donde se utilizó la Escala Yesavage de 15 ítems como instrumento de trabajo para evaluar la Depresión en el Adulto Mayor; se pudo observar que el género que más prepondero en las encuestas fue el femenino con 65,5%(n=131) contra un 34.5% en hombres (n=69) y en esa distribución se pudo observar que del total de 44 pacientes que presentaron Depresión menor, existió un 75% en mujeres(n=33) vs un 25% en hombres(n=11); y con Depresión Mayor existió un total 25 pacientes con una distribución del 76% en mujeres (n=19) contra un 24% en hombres (n=6); lo que no permite observar una prevalencia más en la mujer que el hombre similar a otros estudios publicados^{30,31,32,33,34.}; Pero sin embargo al realizar el método estadístico de la X^2 con un intervalo de confianza (IC) del 95% y un error en $\alpha=0.05$, observamos que no existió relación entre la variables sexo y depresión siendo independiente en cada una de ellas

Otra variable que también se analizó en este grupo de pacientes fue el estado civil (sin mencionar género o edad), donde se pudo observar que 131 participantes en el estudio presentaron Sin Depresión, con una distribución del 58% para casado(a) (n=76), con un 8.4% para divorcio (n=11), para soltero del 12.2%(n=16), unión libre del 0.8% (n=1) y con viudez del 20.6% (n=27), mientras que en la Depresión Leve existieron 44 casos con un 38.6% para casado(a) (n=17), divorciado(a) del 11.4%(n=5), soltero(a) del 20.5%, (n=9), unión libre 0%, y con viudez del 29.5% (n=13); con Depresión Mayor existió un 28% para los casados (n=7), en divorciado(a) del 20% (n=5),en soltero(a) 8% (2), en unión libre 0% y en viudez del 44%(n=11), lo que nos permite ver que la mayor prevalencia de depresión en el estado civil se observó mayormente en los casados y los que presentaban viudez siendo más alta la Depresión Mayor en esta última, además por medio de la X^2 con un margen de error de $\alpha=0.05$, pudimos determinar que No existe relación entre la variable Estado Civil y Depresión.

En cuanto a la variable edad la cual agrupamos por grupos de edades en los 200 pacientes, cada uno tuvo los siguientes porcentajes con un rango de 60-64 años (29.5%), 65-69 años de edad (25%), 70-74 años (16%), 75-79 años (15.5%), 80-84 años de edad con un (9.5%) y 85% o más (4.5%), siendo el grupo más grande el de 60-64 años seguido del de 65-69 años; observamos que en el grupo Sin Depresión con el mayor porcentaje se dio entre las edad de 60-64 años de edad con un 32% en esta escala seguido de el de 65-69 años de edad con un 24.4% y los restantes de 70-74 años con 13%, 75-79 años con un 16%, de 80-84 años con un 9.9% y de 85 años en adelante de 3.8% observando con esto que entre edades menores se dio más la resultante “Sin Depresión”, mientras que en la Depresión Menor su porcentaje más alto ocurrió entre las edades de 70-74 años de edad (25%) seguido en un orden decreciente de las edades entre 65-69 años (22.7%) continuando con los de 60-64 años de edad con (20.5%), 75-79 años de edad (15.9%), 85 años o más con un 9.1% y al final de el de 80-84 años (6.8%).

Por último la Depresión Mayor la observamos con mayor frecuencia entre las edades de 65-69 años (32%), seguida de las edades de 60-64 años de edad (28%) y el resto de las edades de 70-74 años de edad (16%), 75-79 años de edad (12%), 80-84 años de edad (12%), y 85 o más años de edad (0%). Si hacemos el análisis de estos resultado con otros publicados anteriormente ^(30,31,32,34) encontraremos algunos resultados similares como el promedio de edad en que se presentó mayormente la Depresión menor que se dio en la séptima década de vida en aquellos estudios en comparación al nuestro donde vimos el 25% se dio entre los 70-74 años más no así la depresión mayor que su prevalencia fue mayor entre los 65-69 años con un porcentaje del 32%. Se valoró la asociación por medio del método estadístico X^2 donde observamos que no existió la relación entre las variable Edad y Depresión al menos en el estudio realizado, lo que no permite ver que la edad no es una causante para que se presente la Depresión en el Adulto Mayor.

Se analizó también la variable Enfermedad Crónica Degenerativa como una uno de los factores que considerábamos más importantes y que nos podía generar la Depresión en el Adulto Mayor, donde encontramos que por orden decreciente la Hipertensión Arterial apareció en número mayor en 115 participantes, seguido de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en 87 personas, Obesidad con 56 participantes, Artrosis y Cardiopatías con un mismo

número de 47 participantes y en menor cantidad Neumopatías con 15 participantes, Dislipidemia con 14, nefropatías con 8, poliartropatía inflamatoria con 3 y hepatopatías con 2; se realizó el análisis estadístico de cada una de estas dándole una mayor importancia a dos de estas patologías que fueron las que más aparecieron en frecuencia en cada uno de los participantes las cuales fueron la Hipertensión Arterial y la Diabetes, siguiéndola en frecuencia Obesidad, Cardiopatías, Artrosis y las demás señaladas previamente en menor proporción

Como vemos en los resultados, (independiente de la edad, estado civil, sexo o enfermedad Crónico Degenerativa), tuvimos en nuestro grupo un total de 200 participantes de los cuales 131 resultaron Sin Depresión, 44 con Depresión Menor y 25 con Depresión Mayor y si analizamos los resultados de las Enfermedades Crónico Degenerativas que con mayor frecuencia nos aparecen en el estudio, encontraremos que la Diabetes Mellitus(DM), Hipertensión arterial (HTA),Cardiopatía, Artrosis y Obesidad son las que aparecen en mayor frecuencia en el estudio, siendo muy similar a otro estudio realizado en Matanza, Cuba³⁰, donde vemos que al momento del análisis de la DM encontramos que existe una prevalencia 47.3% con respecto al total Sin Depresión (n=131), con un 31.8% con los de Depresión Menor (N=44), y de 44.0% con Depresión Mayor(n=25) pero a momento de realizar el análisis por medio de la X^2 encontramos que no existe la relación entre las variables DM y Depresión no existiendo significancia con respecto a los esperado a una variable dependiente existente. Otra patología de análisis es la Hipertensión arterial (HTA) la cual observamos una prevalencia de un 54.2% con respecto al total Sin Depresión (n=131), un 63.6% con respecto al total Depresión Menor (n=44), y de un 64.0% en relación a la Depresión Mayor (n=25) y que por medio del análisis de X^2 no se encontró relación entre variable HTA y Depresión.

Otras dos patologías que aparecieron en nuestro estudio fueron las cardiopatías y la Artrosis en donde hubo una frecuencia similar en los reportes que arrojaron las encuestas con un total 47 casos para cada uno y en la Cardiopatía nos dio una prevalencia del 21% en relación en los casos totales Sin Depresión (n=131), un 22.7% para los de Depresión Leve (n=44) y un 36% con respecto a los de Depresión Mayor(n=25) donde al análisis de X^2 tampoco encontramos la relación entre la variable cardiopatía y Depresión; en cuanto a

la Artrosis en relación al total de 131 encontramos en el estudio Sin Depresión fue de un 21.4%, con Depresión menor de 22.7% (n=44) y con Depresión Mayor con una 36.0% (n=25), y que al análisis estadístico de X^2 de esta patología no encontramos relación entre las variables Artrosis y Depresión.

Por último una de las cinco patologías más observadas y que también importa mencionarla es la Obesidad donde se observó en 56 casos observando una prevalencia en los de Sin Depresión (n=131) de un 30.5%, con Depresión Leve (n=44) fue de 18.2%, y con Depresión Mayor (n=25) de un 32.0%; el cálculo de la X^2 no encontró relación entre Obesidad y Depresión.

En todas las patologías (y en las que no mencionamos por su baja prevalencia con respecto a las demás mencionadas) no existió una relación entre patología y Depresión salvo en una que es la Neumopatía donde hubo un total de 15 casos donde la cifra de Sin Depresión (n=131 casos) fue de 3.8%, y de Depresión Menor (n=44 casos) fue de 15.9% y de Depresión Mayor (n=25 casos) y donde por medio de análisis de X^2 se pudo encontrar la relación entre la variable Neumopatías y depresión.

Se realizó por último un análisis estadístico del número de patologías existente en cada paciente y si esto nos podía permitir determinar una dependencia entre ambas variables y donde se observó una mayor prevalencia en los que presentaban una o dos patologías encontrando los siguientes resultados en donde los que tenían una patología tenían Sin Depresión (n=131) tenían el porcentaje del 30%, con Depresión Menor (n=44 casos) un 38.6% y con Depresión Mayor (n=25) 8.0%; en cuanto a los que tenía dos patologías tuvieron una prevalencia en el grupo Sin Depresión (n=131 casos totales), de 48.9%, con Depresión Menor (n=44 casos) 38.6% y con depresión Mayor (n=25 casos) del 56.0% y al aplicar el método estadístico X^2 encontramos que no existió relación entre el número de enfermedades y la Depresión.

CONCLUSIONES

Cada día la población mundial va en incremento y es donde observamos el crecimiento del grupo poblacional conocido como de Adultos Mayores (más 60 años) y en donde la Organización Mundial de Salud (OMS) ha señalado que este grupo poblacional se duplicara entre el año 2000 y 2050 pasando de un 12 al 22%⁽²⁾ y en donde el INEGI, en México efectuó su censo poblacional en el año 2010 contabilizando a nuestra población con 112.3 millones de habitantes donde el grupo de adultos mayores se contabilizo con un 9% reportándose una población de 95 hombres por cada 100 mujeres (por existir una mayor relación de sobrevivencia en la población femenina⁽³⁾) y derivado a este crecimiento de este grupo de edad motivado a las mejoras en la condición de vida en general y sanidad, traerá consigo en su etapa final de vida de estos, alguna enfermedad crónica degenerativa que genera en el futuro costos en su atención medica⁶.

Teniendo como marco de referencia lo antes mencionado fue que se decidió analizar estadísticamente a este grupo población, los cuales deberían de presentar alguna Enfermedad Crónica Degenerativa en el momento del estudio y valorar la prevalencia de Depresión por medio de la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems conocida como de Yesavage en nuestra muestra de 200 participantes y donde se pudo que observar junto con otros estudios anteriores, que el generó que tuvo mayor prevalencia de Depresión fue el femenino en comparación con el masculino.

La otra variable que se analizo fue el estado civil, donde pudimos observar que la mayor prevalencia tanto en la depresión leve como en la mayor quedo entre los que presentaban un estado civil de viudez o casado (a); observamos también por grupo de edad que la Depresión Menor se dio más entre las edades de 70-74 años siendo similar a otros estudios realizado^{30,32} y contrario a esto la Depresión Mayor la pudimos observar mayormente en los grupos 60-64 años y de 65-69 años respectivamente en este estudio.

En la otra variable Enfermedad Crónica Degenerativa se observó una mayor prevalencia de Depresión en dos patologías la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial seguida de

Cardiopatía, Artrosis y Obesidad similar a otro estudio elaborado en Cuba ³⁰, lo que nos da a entender que aunque no existió una relación de dependencia (salvo en Neumopatías que si se dio una relación de dependencia) en estas enfermedades , si consideramos que se deberá hacer otros estudios en relación a estas patologías 5 patologías con un grupo mayor de participantes que nos permita buscar esta relación de dependencia en caso de existir.

Nuestro estudio también analizo la dependencia de cada una de las variables por medio del método estadístico χ^2 , pero no se pudo corroborar dicha dependencia descartando alguna relación salvo que ya mencionamos, por lo cual se considera, ,se deberán de realizar otros estudios para buscar esa dependencia dentro o fuera de nuestra institución tratando de agregar un mayor número de participantes y otras posibles variables de acuerdo a lo diseñado por cada investigador.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio tiene factibilidad ya que se apega a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, contenida en la declaración de Helsinki en 1964 y su modificación en Hong Kong en 1989. Fue enmendada en Tokio, Japón en 1975, y ratificada en la 58ª Asamblea General Realizada en Seúl, Corea en octubre del año 2009, que corresponde al apartado II, Investigación Biomédica en terapéutica con humanos (Investigación Biomédica no Clínica). Así como los lineamientos nacionales en material de investigación estipulados en el artículo 17 del reglamento del Instituto Mexicano del Seguro Social, institucional en material de investigación.³⁸

Se apega a la Ley General de Salud y a la normativa del Instituto Mexicano del Seguro Social: artículo 3, que indica en los términos de esta ley en material de salubridad general: Fracción I, la organización, control y vigilancia de presencia de servicios y de establecimientos de salud a los que refiere el artículo 34 fracciones I, II IV de ésta ley, fracción VII: La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud fracción IX, la coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos fracción XXVI (artículo 100 fracción V sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo a vigilancia de las autoridades sanitarias correspondientes fracción IV de la Ley General de Salud y deberá contar con consentimiento por escrito del sujeto en quién se realizará la entrevista.³⁸

Riesgo de la Investigación

Se considera como riesgo la causa de que el participante perderá parte de su tiempo de espera en la consulta para contestar las preguntas del instrumento de 15 ítems de tipo dicotómico, por lo tanto no hay riesgo directo para el participante ya que solo responderá a las preguntas del instrumento.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en conjunto

Directamente no existe beneficio para el participante, sin embargo una vez finalizado el estudio se darán a conocer los resultados.

Confidencialidad

Sólo se tomara como datos de ficha de identificación del participante un número de folio individual asignado en el instrumento, edad, sexo y estado civil, quedando en el anonimato tanto el nombre, número de afiliación o domicilio, permitiendo la privacidad y confidencialidad de cada individuo y serán utilizados únicamente por el investigador responsable para fines exclusivos del presente estudio.

Condiciones en las cuales se solicita el consentimiento

Sera solicitado por el personal de apoyo del investigador responsable y será totalmente ajeno al grupo de médicos que intervienen en la atención medica del participante.

Forma de selección

Se realizara por muestreo no probabilístico de casos consecutivos por conveniencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez DR, Mato DR, Méndez AT, Sánchez SE. Ansiedad y depresión en ancianos cubanos con deterioro cognitivo leve: un acercamiento desde sus vivencias. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*. 2013, 10(3): 1-22.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015; 45-51.
3. SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/Perfil Epidemiológico del adulto mayor en México 2010. México, 201; 13-19.
4. Ferriol RM, Silveira HPS, García GMI. El envejecimiento según la medicina tradicional china. *Acta Médica del Centro*. 2015; 9(1):81-84.
5. Castellanos MA, Becerril C, Cervantes G, Rojas GA, Salgado DR, Escobar C. Envejecimiento de un reloj (cronobiología de la vejez). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2011; 54(2): 33-40.
6. Gutiérrez RLM. Envejecimiento y Enfermedad Crónica ¿Vías comunes o cursos paralelos? *Revista de Investigación Clínica*. 2011; 63(5): 448-449.
7. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 031-SSA3-2012, Asistencia Social a Adultos y adultos Mayores y adultos mayores en Situación de riesgo y vulnerabilidad. *Diario Oficial de la Federación*. México. 2012; 1-8.
8. Guía de Práctica Clínica. Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 2010; 1-48.
9. Arce CIA, Ayala GA. Fisiología del Envejecimiento. *Revista de Actualización Clínica*. 2012; 17:813-818.
10. Salech MF, Jara LR, Michea AL. Cambios Fisiológicos Asociados al Envejecimiento. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2012; 23(1):19-29.
11. Naranjo HY. Envejecimiento de la Población Cubana: un reto. *Gaceta Médica Espirituana*. 2015; 17(3):1-3.
12. Rosas CO, González FE, Brito CAM, Vázquez VOE, Peschard SE, Gutiérrez RLM, et al. Evaluación de la comorbilidad en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2011; 49(2):153-162.
13. Medina HAC, Hernández CD, Pedroso DEL. Caracterización de la depresión en ancianos residentes en Nueva Paz, Mayabeque. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*. 2015; 12(3):1-7.
14. Vallejo RJ. *Introducción a la Psiquiatría*. 1ª ed. Madrid: Marban libros, S.L. 2012. 81-92.
15. Borda PM, Anaya TMP, Pertuz RMM, Romero de León L, Suárez GA, Suárez GA. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Colombia). 2013; 29(1):64-73.

16. Guía Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el primer nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011; 1-66.
17. Lara MMC, Robles GR, Orozco R, Real T, Chisholm D, Medina MME. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud mental*. 2010; 33:301-308.
18. Alonso IS, Coria AI, López HM. La depresión en ancianos: elementos para su análisis desde la atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*. 2012; 14(4):113-114.
19. Bastidas BH. Enfermedades Médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología*. 2014; 32(2):1-27.
20. Alonso IS, Soto JER, Arenas CS, Coria AI. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en medicina familiar*. 2012; 14(1):5-13.
21. Sánchez GS, Juárez CT, Gallegos CK, Gallo JJ, Wagner FA, García PC. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2012; 35:71-77.
22. Saavedra GAG, Rangel TSL, García LA, Duarte OA, Bello HYE, Infante SA. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam*. 2016; 23(1):24-28.
23. Chong AD. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista cubana de medicina general integral* 2012; 28(2):79-86.
24. Reyes LAG, Garrido GA, Torres VLE, Ortega SP, Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*. 2010; 20 (1):111-117.
25. Aldana GG, García GL. La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica. Chía, Colombia. 2011; 11 (2):158-172.
26. Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 2011; 1-83.
27. Gómez AC, Campos AA. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructural factorial. *Univ. Psycholn, Bogotá, Colombia*. 2011; 10(3): 735-743.
28. Bacca AM, González, Uribe RAF: Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*. 2005; 1 (4): 53-63.
29. Sarro MM, Ferrer FA, Rando MY, Formiga F, Rojas FS. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Medicina de Familia Semergen*. 2013; 39(7): 354- 360.
30. Rodríguez ME, Rodríguez MM. "Depresión en el adulto mayor. Cárdenas. 2014". *Geroinfo, Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria*. 2014; 9(3): 1-11.
31. Llanes THM, López SY, Vázquez AJL, Hernández PR. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas. La Habana*. 2015; 21(1):1-10.

32. Duran BY, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria*. 2013; 10(2):36-42.
33. Cosgaya SLE, Ramírez CEI, Pinto LML, Viejo MYV, Compañ EAA, Pérez CYA. Nivel de depresión en personas mayores de 65 años del Estado de Yucatán según su contexto social. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2014; 17(3): 958-977.
34. Ruiz ChRD, Zegbe JA, Sánchez MFM, Castañeda IMS. Depresión en adultos mayores en instituciones públicas de salud en Zacatecas. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2014; (29): 73-78.
35. Muñoz SCA, Rojas OPA, Marzuca NGN. Criterio de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. *Rev Med Chile*. 2015; 143: 612-618.
36. Mato DR, Pérez DR, Méndez AT. Deterioro cognitivo leve y afectividad en el adulto mayor. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 2014; 11(2):1-6.
37. Torres HL, Martín CM, Pérez DR, Riquelme MA. Afectividad positiva y negativa en ancianos con y sin sintomatología depresiva, ansiosa o mixta. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana* 2013; 10(2):1-12.
38. Declaración de HELSINKI. Aspectos éticos para la investigación médica en seres humanos. 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre del 2000. Nota de clarificación del párrafo 29, agregado por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de clarificación del párrafo 30 agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, Octubre 2009.
39. IMSS. Delegación Norte, D.F., Jefatura de Servicio de prestaciones Médica, Coordinación de Información y Análisis Estratégicos UMF No.14 "Población Total de Adulto Mayor/junio 2015".

ANEXOS

ANEXO 1



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Prevalencia de depresión en adultos mayores con enfermedad crónica degenerativa en la umf No. 14 del IMSS. CDMX.
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	UMF No.14 CDMX
Número de registro:	R-2016-3516-28
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: Se pretende Identificar y comprender con mayor profundidad la relación existente entre las enfermedades médicas y la depresión de modo que la fuente etiológica de los síntomas pueda estimarse con mayor precisión, evitándose el sobre diagnóstico de enfermedades crónicas y el subdiagnóstico de depresión en el primer nivel de atención. Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores con enfermedad crónica degenerativa en la umf 14 del IMSS. CDMX.
Procedimientos:	Contestar el instrumento de la Escala de Depresión de Yesavage de 15 ítems dicotómico en la UMF No.14 del IMSS.
Posibles riesgos y molestias:	Sólo el participante perderá parte de su tiempo al contestar el instrumento de 15 ítems durante la espera en la consulta externa de la UMF No.14 del IMSS.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ninguno directamente para el participante en el momento, pero una vez finalizado el estudio se dará a conocer los resultados.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al finalizar el proyecto se realizará la publicación de los resultados sin utilizar nombre, numero de seguridad social o elemento alguno que identifique al paciente y/o su(s) familiar(es).
Participación o retiro:	Lo puede hacer en cualquier momento que lo desee el paciente.
Privacidad y confidencialidad:	Se utilizara únicamente como ficha de identificación del participante un número de folio individual, la edad, sexo, y estado civil, quedando en el anonimato su nombre, afiliación o domicilio permitiendo la privacidad y confidencialidad.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____	
Beneficios al término del estudio: _____	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Pavel Hernández Hernández , Matricula: 99155665. Tel.-57626300 EXT. 21423, Investigador responsable. Correo electrónico: pavelherdez@yahoo.com.mx
Colaboradores:	Dr. Arian Barrientos Juárez, Matricula: 99354236, Tel. 57626300 Ext. 21472, Investigador Asociado.Correo electrónico:arianbarrientos@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD
CRÓNICA DEGENERATIVA EN LA UMF No. 14 DEL IMSS. CDMX.
2016-2017

Actividades 2016-2017.	Marzo Abril	Mayo Junio	Julio Ago.	Sept. Oct.	Nov. Dic.	Ene. Feb.	Marzo Abril
Elección De Tema.	R						
Investigación Bibliográfica.		R					
Elaboración Del Protocolo.			R				
Presentación Ante el Comité de investigación				R			
Recopilación de datos (10).					R		
Recopilación de datos (20%)						R	
Presentación de trabajo							R

R=Realizado

ANEXO 3
**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD
 CRÓNICA DEGENERATIVA EN LA UMF No. 14 DEL IMSS.CDMX.**
 INSTRUMENTO

Fecha de Elaboración _____ No. Folio _____
 Sexo: (M) (F) Edad _____ Estado Civil _____
 Enfermedad(es) crónica(s) _____

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