



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DELEGACION XVI PONIENTE DEL ESTADO DE MEXICO**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON URGENCIAS NO.61**

**NAUCALPAN, ESTADO DE MEXICO**

***INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A  
POLIFARMACIA EN UMF 65***

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**AMANDA MARTÍNEZ VELÁZQUEZ**

**ASESORA:**

**DRA. RUBÍ MEZA GABINO**

**NUMERO DE REGISTRO: R- 2016-1503-83**

**NAUCALPAN, ESTADO DE MEXICO 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

***INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A  
POLIFARMACIA EN UMF 65***

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

**AMANDA MARTÍNEZ VELÁZQUEZ**

**AUTORIZACIONES**

**Dra. Rosa María Piña Nava**

---

Coordinador Auxiliar de Educación en Salud, Estado de México Poniente

**Dr. Rodolfo Hernández Ruiz**

---

Director de la Unidad de Medicina Familiar con Urgencias No 61 Sede de Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.

**Dr. Mauricio Espinosa Lugo**

---

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud en la Unidad de Medicina Familiar con Urgencias No 61 Sede de Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS

**Dra. Rubí Meza Gabino**

---

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS

***INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A  
POLIFARMACIA EN UMF 65***

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

**AMANDA MARTÍNEZ VELÁZQUEZ**

**AUTORIZACIONES**

**Dr. Juan José Mazón Ramírez**

---

Jefe de la Subdirección 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

## INDICE

I.	Resumen.....	5
II.	Marco teórico.....	7
III.	Planteamiento problema.....	15
IV.	Objetivos de Estudio	
	- Objetivo general.....	15
	- Objetivos específicos .....	15
V.	Justificación.....	16
VI.	Hipótesis .....	17
VII	Sujetos, material método.....	18
VIII	Criterios de inclusión.....	19
IX	Criterios de exclusión.....	19
X	Criterios de eliminación.....	19
XI	Descripción general de estudio .....	20
XII	Tamaño de muestra.....	21
XIII	Recursos humanos, físicos y financieros.....	22
XIV	Aspectos Éticos.....	23
XV	Cronograma.....	24
XVI	Análisis De Resultados .....	25
XVII	Cuadros y gráficos.....	26
XVIII	Discusión.....	39
XIX	Conclusiones .....	40
XXI	Bibliografía.....	41
XXII	Anexos .....	43

## I. RESUMEN:

### INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A POLIFARMACIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 65

Martínez Velázquez Amanda, <sup>1</sup> Dra. Rubí Meza Gabino<sup>2</sup>, Mauricio Lugo Espinoza<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Residente de la Especialidad en Medicina Familiar, <sup>2</sup>Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud, UMF 65, <sup>3</sup>, Coordinador del Curso de Residencia de Medicina Familiar.

**Introducción:** La polifarmacia se define por la organización mundial de la salud como el uso simultáneo más de tres fármacos. **Objetivo:** Se determinará la incidencia de la depresión en el adulto mayor asociada a polifarmacia. **Material y métodos:** Se les realizó un estudio no experimental, analítico, transversal a 200 adultos mayores de 60 años se aplica un cuestionario que incluye variables sociodemográficas, escala de depresión de Yesavage de 15 ítems y un instrumento STOPP para evaluar polifarmacia. **Resultados:** La muestra se integró de 200 adultos mayores el promedio de edad fue de 80 años, el grupo de pacientes de 60-69 años tuvo (n=90) una mayor prevalencia de polifarmacia en mujeres (n= 131). El estado civil casado (n= 125) con porcentaje 62% de acuerdo a su ocupación 148 amas de casa. De 144 pacientes cuentan con depresión leve un 19 % (n= 38), 9% (n=18) depresión establecida, sin depresión 72 %, (n=144). Representa mayor incidencia en mujeres con depresión leve correspondiente al 65 % (n=22) una

depresión establecida 35 % (n=12). La incidencia de depresión leve en hombre 75 % (n=18) y depresión establecida 25 % (n=6). La incidencia de polifarmacia en depresión leve 58% (n=37), depresión establecida 27% (n=18); **Conclusiones** Existe mayor incidencia de polifarmacia en depresión leve y mayor incidencia de polifarmacia y depresión en mujeres. Se identificaron factores de riesgo para polifarmacia los más significativos pertenecer al sexo femenino y la presencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus **Palabras clave:** Incidencia, depresión, adulto mayor y polifarmacia.

## II. MARCO TEÓRICO

### INTRODUCCIÓN

Definición: “En la asamblea mundial sobre el envejecimiento” convocada por la organización de las naciones unidas en Viena en 1982 acordó considerar como anciano a la población de 60 años o más. Posteriormente a las personas de este grupo se les dio en nombre de adulto mayor, anciano, viejo. (1)

La organización Mundial de salud (OMS) considera como adulto mayor quienes tiene una edad igual o mayor de 60 años en los países en vías de desarrollo y 65 o más a quienes viven en países desarrollados. Es decir que México se considera adulto mayor a partir de los 60 años. Estas diferencias cronológicas obedecen a condiciones socio-culturales que tiene unos y otros países.

El envejecimiento poblacional, definido como aumento de personas ancianas respecto al total de la población, es uno de los logros más importantes de la especie humana en el último siglo, y la proporción de personas que tienen 60 años o más está creciendo con mayor rapidez que ningún otro grupo de edad.

Entre 1970 y 2025 se prevé mundialmente que la población con más edad aumentará en unos 870 millones, o sea, el 38% en 2025; habrá un total de cerca de 1,200 millones de personas con más de 60 años y alrededor del 70% de estos ancianos estarán en las regiones menos desarrolladas. (2)

La esperanza de vida se ha incrementado en los últimos años, como consecuencia a esto, el número de ancianos ha aumentado a más del doble en los países desarrollados en los últimos 10 años (3) La ciudad de México es la entidad con mayor proporción de ancianos en el país (11.3%), de acuerdo con el Censo de población y vivienda del 2010. La población de adultos mayores en la ciudad de México muestra una tasa de crecimiento superior al 4% anual, lo cual llevara a concentrar poco más de la cuarta parte de la población nacional en el 2050 (4)

Este envejecimiento demográfico tan acelerado en nuestro país está influenciado, por la disminución en la tasa de natalidad de 3.1 a 2-4 hijos por mujer, por el progreso en los sistemas de salud y el impacto de los servicios sociales modernos, dichos cambios han provocado un crecimiento de la población de 65 años y más, a una tasa de 2% mientras que el crecimiento de la población general es de 1.3% (5)

Este crecimiento poblacional ha provocado que, en los países desarrollados, principalmente Europa, se haya incrementado la tendencia de ingresar a hogares de ancianos, y que estas instituciones sean reconocidas como un escenario importante para la atención al final de la vida.

En países en vías de desarrollo como el nuestro, el número de ancianos institucionalizados cada vez va en aumento, así como también sus necesidades de atención. Los ancianos constituyen el grupo más grande de personas beneficiarias de la asistencia social en el mundo como en El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tiene en situación del derechohabiente aproximadamente al 40% de esta población, estimándose que esta proporción tendera a mantenerse o incrementarse (3) , es un grave problema de salud pública, dado que implica por una parte una disminución de la proporción de población económicamente activa, y por otra un inminente incremento de la prevalencia de los síndromes geriátricos: incontinencia urinaria, delirio, demencia, depresión, incapacidad, caídas, pluripatología y polifarmacia. Se prevé que, de no atenderse adecuadamente este fenómeno, los actuales sistemas de salud colapsarían (3)

Por lo general, la mayoría de los ancianos son funcionales e independientes; sin embargo, los ancianos dependientes absorben una porción significativa de los gastos en salud y a menudo requieren cuidados prolongados y personal capacitado y experimentado. En México, particularmente en la Ciudad de México la tasa de institucionalización de los mayores de 65 años es inferior a 0.5 % (6)

Los ancianos residentes en hogares de ancianos representan un reto diagnóstico y terapéutico, la mayoría de los pacientes tienen múltiples enfermedades con un promedio de cuatro diagnósticos activos, cuatro de cada cinco residentes tienen necesidades de asistencia en la realización de actividades básicas de la vida diaria (7), y cuatro de cada cinco tienen demencia (8) .Las enfermedades crónicas adquieren una vital importancia, siendo responsables de casi dos terceras partes de todas las muertes en este grupo poblacional. (9)

Una reciente encuesta del Reino Unido, realizada en 2013 encontró que el 56% de los residentes en 38 hogares para ancianos murió durante el primer año (10). El tratamiento farmacológico en estos pacientes representa un desafío por ser una población con alta prevalencia de polifarmacia y ser más propensa a los efectos secundarios de los medicamentos.

## **ANTECEDENTES ESPECIFICOS**

El promedio de utilización de medicamentos en mayores de 65 años es de dos a cinco fármacos por día y más de un tercio de la población toma más de cinco medicamentos de manera simultánea (11) En pacientes institucionalizados el 80 % toma por lo menos un medicamento todos los días (12) esto derivado de la mayor frecuencia de enfermedades crónicas, además de las presentaciones atípicas de enfermedades

Los ancianos padecen múltiples enfermedades, lo que ocasiona múltiples prescripciones de medicamentos, por lo cual se debe de evaluar con mayor frecuencia la necesidad de fármacos además de conocer los cambios asociados con el envejecimiento que hacen a esta población más vulnerable.

El consumo de medicamentos incrementa con la edad, la mayor parte de las prescripciones reduce la morbilidad y el riesgo de muerte, sin embargo, el equilibrio entre los beneficios y los riesgos cambia a medida que la población envejece y esta condición se relaciona directamente con los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos propios del envejecimiento.

El envejecimiento trae consigo una serie de cambios, el individuo pierde masa magra, disminuye el agua corporal total y sufre por lo mismo un incremento relativo de la masa grasa. La producción de albumina disminuye, los sistemas involucrados en la eliminación de los medicamentos como el renal y el hepático se deterioran de manera progresiva.

La absorción se ve alterada por una reducción en la producción de saliva, con movimientos terciarios esofágicos que dificultan el paso de alimentos y medicamentos, en el estómago se disminuye la producción ácida por hipotrofia o atrofia de las células parietales, lo que provoca una disminución en la acidez del contenido gástrico, hay una lentitud del vaciamiento gástrico

El siguiente paso es la distribución, en donde los cambios corporales adquieren mayor importancia, medicamentos hidrosolubles como la digoxina disminuyen su volumen de distribución, por lo que sus niveles séricos se incrementan, en cambio los medicamentos liposolubles, tienen un mayor volumen de distribución, lo que se traduce en un incremento de la vida media.

En el metabolismo se ve alterado el primer paso, los cambios asociados a la reducción de la masa hepática y del flujo hepático conducen a una disminución en el metabolismo que favorece una vida media incrementada de los medicamentos.

La mayoría de los medicamentos se elimina por la vía renal, desde los 40 años el índice de filtración glomerular se deteriora 1 % de manera anual, motivo por el cual resulta indispensable ajustar las dosis de acuerdo a su vía de eliminación. (13)

## **POLIFARMACIA**

Definición de polifarmacia

Polifarmacia deriva etimológicamente de la palabra griega polus que significa muchos y pharmakon que significa droga.

La organización mundial de salud define como el uso simultaneo de más de tres fármacos. El factor desencadenante de este fenómeno es la prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas, cuyos principales representantes son las enfermedades del corazón (40.2%), la diabetes mellitus (24.2%), la artrosis (3.3%) y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (2%). (14)

El grupo etario más susceptible para la polifarmacia son los adultos mayores, entre 1970 y 2025 se prevé mundialmente que la población con más edad aumentará en unos 870 millones, o sea, el 38% en 2025; habrá un total de cerca de 1,200 millones de personas con más de 60 años y alrededor del 70% de estos ancianos estarán en las regiones menos desarrolladas. (14)

La polifarmacia se define como el consumo de 3 o más fármacos (14) La prevalencia de la polifarmacia a nivel mundial varía entre el 5 y el 78%. Hay estudios que documentan una prevalencia del 57% en EE.UU. y del 51% en Europa (16).

En México, la prevalencia de la polifarmacia en el anciano es de hasta el 40 %. (17) La prevalencia de polifarmacia en el año 2010 según el estudio realizado en los Archivos de Medicina de Urgencia de México fue del 66.7%, resultado similar a otros estudios realizados, en donde se reporta una prevalencia del 54.2%. Varios son los autores que coinciden en plantear que el grupo de mayor vulnerabilidad a la polimedicación son los ancianos (18).

Los residentes de casa de ancianos son pacientes frágiles, con múltiples enfermedades crónicas y con un alto índice de deterioro funcional y cognitivo. Estudios internacionales en Estados Unidos y Canadá han sugerido que la prevalencia de polifarmacia en casa de ancianos oscila entre el 15% y el 40%.

En el 2009 se realizó el estudio United States Nursing Home Survey, donde se halló un 39.7% de polifarmacia, observándose menor porcentaje en pacientes viejos (19)

## **DEFINICIÓN CUALITATIVA**

La definición cualitativa de polifarmacia como el consumo diario regular de múltiples fármacos, uso concomitante de muchos fármacos, cualquier régimen de fármacos con mínimo un fármaco innecesario, prescripción, administración o uso de más fármacos de los que están clínicamente indicados, prescripción de demasiados medicamentos por demasiado tiempo o demasiada dosis, uso de fármacos de alto riesgo y dosis cuestionable utilización de fármacos clínicamente no indicados (20).

## **DEFINICIÓN CUANTITATIVA**

Polifarmacia es definida de las siguientes maneras:

Los factores de riesgo que se han identificado para la polifarmacia; comúnmente se agrupan en factores demográficos, del estado de salud y del acceso a los servicios de salud. Entre los demográficos, la edad avanzada, el sexo femenino y el bajo nivel educativo, una hospitalización reciente, el estado de fragilidad, múltiples comorbilidades y la depresión son marcadores del estado de salud que se asocian con mayores tasas de polifarmacia. La participación de múltiples prescriptores son características importantes que aumentan el riesgo de polifarmacia, provocando disminución del estado funcional, aumento en costos, aumento de efectos adversos, de interacciones fármaco- fármaco, y prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados (21).

Edad: La utilización de fármacos aumenta con la edad. Los adultos mayores, 75 años o más, consumen mayor cantidad de fármacos. Con edad la incidencia de tener mínimo una enfermedad crónica se incrementa substancialmente. El 80% de individuos de 65 años o más tiene como mínimo una enfermedad crónica degenerativa (ECD) y el 50% más de una. A mayor número de enfermedades crónicas mayor consumo de fármacos.

Los grupos farmacológicos más utilizados son: antihipertensivos, diuréticos, vasodilatadores cerebrales, benzodiacepinas, antiinflamatorios no esteroideos, laxantes y broncodilatadores. (22)

### **Sexo**

Las mujeres consumen medicamentos en mayor proporción que los hombres. Esto se debe a que están más discapacitadas, perciben peor su salud, tienen mayor prevalencia de dolor o síntomas de la esfera neurológica y afectiva que los hombres (depresión, insomnio). (22)

## **DEPRESIÓN:**

La depresión es una enfermedad común que se presenta con disminución del ánimo, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimiento de culpa o baja autoestima, alteraciones del sueño o apetito, y mala concentración. A menudo la depresión se presenta con síntomas de ansiedad. Estos trastornos pueden volverse crónicos o recurrentes y llevar a importantes fallas en la habilidad de un individuo para llevar a cabo sus tareas diarias. En casos severos puede llevar al suicidio. Se pierden el año casi un millón de vidas por suicidio. (OMS 2012) (24)

Contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, es una de las principales causas de discapacidad, y se estima que afecta 350 millones de personas en el mundo con prevalencias que estiman de 3.3 a 21.4%. Este trastorno disminuye sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente, y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes, es considerada la enfermedad mental más frecuente y se ha convertido en un importante problema de salud pública en México (25) (26)

Por su parte es considerada un síndrome geriátrico frecuente que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad. Diversos estudios reportan que su prevalencia en adultos múltiples factores de riesgo en el adulto mayor, tales como: dificultad para realizar AVD (actividades instrumentales de la vida diaria), soledad, desamparo filial, pérdida de roles, bajo apoyo social, improductividad económica, falta de convivencia, inactividad física, dependencia económica, sexo femenino, pluripatología, antecedentes familiares de depresión, pérdidas afectivas y falta de pareja sentimental. (23)

Una de las mejores fuentes de información disponible acerca de depresión en México es la Encuesta Nacional acerca de la Depresión en México realizada entre 2001 y 2002, revela que se incrementa con la edad e ambos sexos (27)

Estudios de Prevalencia varían según la metodología y la población de referencia utilizada. En estados unidos y Europa, la prevalencia de la depresión en el adulto mayor oscila entre un 10 y 20%. Aunque en Italia se ha estimado hasta en un 40%. En estudios de incidencia realizados en México han mostrado que hasta un 53% de los adultos mayores presentan un grado de Depresión. (28)

Se ha mencionado a la depresión como el trastorno afectivo que más frecuentemente se presenta en la población adulto mayor y por su magnitud como un problema de salud pública. Su prevalencia en forma de depresión mayor varía de 5 a 10% en población ambulatoria y hasta 25-49% en la hospitalización, mientras que los síntomas depresivos suelen presentarse en 15% en este grupo de edad. La

depresión, en las enfermedades de base y las alteraciones del ánimo se puede manifestar como uno o varios síntomas, en forma leve a severa y encontrarse enmascarada o ser provocados por la utilización de fármacos (22)

En el adulto mayor la incidencia de los síntomas depresivos o de las depresiones menores aumenta con la edad, especialmente en mujeres y en hombres viudos o solitarios y se estima en 40%, siempre se encuentra en las primeras 10 causas de morbilidad, generalmente se acompaña de manifestaciones somáticas que confunden con estados patológicos concomitantes exacerbaciones de los procesos existentes. Se incrementa con la polifarmacia, ya que muchos fármacos ocasionan depresión como los benzodiazepinas, la digoxina, antihipertensivos, beta bloqueadores, modificadores de los receptores H<sub>2</sub>. En población mexicana se ha encontrado una asociación de síntomas depresivos y polifarmacia. (22)

Existe un instrumento clinimétrico diseñado por Yesavage and Brink, el cual es específico para los adultos mayores, consta de 15 ítems, tiene una sensibilidad de 92% con especificidad de 88% por lo que es considerado como estándar de oro de la depresión geriátrica, validado en castellano por Marti en el año 2000 y Fernández en 2002. (22)

## ESTADO DE SALUD

La autopercepción del estado de salud general constituye una de las principales mediciones de salud en los adultos mayores y se correlaciona estrechamente con el número de síntomas informados. Uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente, para proporcionar un perfil del estado de salud de pacientes en forma individual en el **cuestionario de salud SF36**, el cual fue desarrollado en los años noventa en Estados Unidos, para su uso en el Medical Outcomes Study. Consta de 8 escalas dentro de las cuales se encuentra la de salud general. Validado en población mexicana en el año 199 en donde se encontró un **coeficiente alfa de Cronbach de 0.7** (22)

## PRESCRIPTORES

Se ha demostrado que el número de fármacos prescritos aumenta con el número de médicos visitados, los cuales no toman en cuenta el historial farmacológico, no se valora el cumulo de características farmacocinéticas y farmacodinámicas de este grupo de edad, no se conocen las diferencias que existen entre los ancianos y el resto de la población en relación con los posibles efectos adversos de una prescripción. Los adultos mayores consumen más de 30% de todas las

prescripciones de fármacos. El 75% de todas las visitas al médico resultan con la prescripción de un fármaco.

### FÁRMACOS INNECESARIOS

Son aquellos que no debe darse, que se suministran en dosis excesivas o por tiempo mayor al requerido. Este hecho se presenta a mas en pacientes cuyo cuidado es realizado por ellos mismos en la propia casa

En condiciones crónicas, un número diferente de fármacos puede ser utilizado para tratar las enfermedades y todos los fármacos prescritos no justifican su utilización. En los pacientes ambulatorios, la prescripción de medicamentos sin indicaciones clínicas claras es aproximadamente entre % 18% y constituyen un grupo al que debe ponerse atención, estos fármacos incluyen sedantes, hipnóticos, multivitamínicos, antibióticos, antiinflamatorio y fármacos sin beneficio terapéutico demostrado.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la Incidencia de depresión en el adulto mayor asociada a polifarmacia en unidad de medicina familiar 65?

### **IV. OBJETIVOS DE ESTUDIO**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

El objetivo general es:

- Evaluar la incidencia de depresión en el adulto mayor asociada a la polifarmacia en la UMF No. 65.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Determinar la incidencia de la depresión en los adultos mayores de la UMF65
- Identificar los niveles de depresión en pacientes adultos mayores

## V. JUSTIFICACION

El aumento global del número de ancianos es uno de los hechos más importantes que afectaran los servicios sociales y de salud en los próximos años.

Los cambios más rápidos se han observado en los países en desarrollo, y en las predicciones sobre el incremento de este grupo de población en algunos de estos países superan el 40% para los siguientes 30 años.

En México de 1970 a 1990 la tasa anual de crecimiento poblacional fue de 2.6%, mientras que el crecimiento de la proporción de adultos mayores fue de 1.4% anual. En el año 2005 el crecimiento de la proporción de adultos mayores fue de 3.65, en otras palabras, la población paso aproximadamente un millón (5.1% del total de la población) en 1940 a cerca de .3 millones (8%) en el año 2005 (22).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la población mayor de sesenta años adscrita a Medicina Familiar paso de 3.8 millones en el 2000 a 4.2 millones en el 2003. En el 2006 una de cada 5 consultas (22%) en medicina Familiar se otorga a población del adulto mayor comparación a 175 en edad de 20 a 59 años, 7% en adolescentes, 155 en niños de 0-9 años.

El interés por el creciente consumo de fármacos en las sociedades desarrolladas se centra especialmente en el adulto mayor. Los mayores de 65 años reciben del 30 al 50% de los fármacos prescritos, a pesar de que este grupo de población supone entre el 10 al 12% del total poblacional.

La evidencia disponible en la literatura médica de diversos países desarrollados y algunos en desarrollo, demuestran que la polifarmacia es actualmente un problema de salud prioritaria y de gran impacto social y económico, debido a las especiales condiciones farmacocinéticas y farmacodinámicas de estos pacientes, generan importantes problemas como son un aumento en las reacciones adversas, interacciones farmacológicas o incumplimiento terapéutico. Estos problemas provocan un incremento en la cantidad de ingresos hospitalarios, discapacidad e inclusive la muerte.

La prevalencia de polifarmacia en el año 2010 según el estudio realizado en los Archivos de Medicina de Urgencia de México fue del 66.7%, resultado similar a otros estudios realizados, en donde se reporta una prevalencia del 54.2%. Varios son los autores que coinciden en plantear que el grupo de mayor vulnerabilidad a la polimedicación son los ancianos. (14)

## **VI. HIPÓTESIS DE TRABAJO**

**Hi:** Existió incidencia de depresión en el adulto mayor asociada a polifarmacia en UMF 65.

**H0:** No existió incidencia de depresión en el adulto mayor asociada a polifarmacia en UMF 65.

## **VII. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS**

Tipo de estudio: se realizó un estudio de incidencia, que corresponde a un diseño transversal, analítico, realizando en el periodo de 01 de marzo al 28 de febrero del 2017.

Universo de trabajo: el estudio se llevó a cabo en la Unidad De Medicina Familiar número 65 Del Instituto Mexicano Del Seguro Social

Población del estudio: adultos mayores que acudieron a recibir atención médica de medicina familiar, en los turnos matutino y vespertino, de lunes a viernes en la UMF 65.

### **VIII. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Adultos mayores de 60 años de edad

Ambos sexos

Con vigencia de derechos

Que se encuentren en las salas de espera de los consultorios de medicina familiar

### **IX. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Adultos mayores que no deseen participar

Falta de firma de consentimiento informado

Cuestionario incompleto

### **X. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

Pacientes que no presenten a su consulta el día programado

## **X. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

El marco maestral se estableció con base en la población usuaria que acudió a los consultorios de medicina familiar, por día y por turno, que ya tenían asignados previamente en su UMF, y que acudieron con el propósito de demandar atención médica, en el periodo de un año.

Por fines del estudio se estableció como población accesible a los pacientes adultos mayores, de ambos sexos, usuarios de la UMF 65 IMSS Estado de México, en el periodo del estudio descrito: y como población elegible a los que cumplieron con los criterios de selección establecidos.

Se realizó un estudio tipo transversal, adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que demandaron atención en la Unidad de medicina familiar (UMF) 65.

El tamaño de muestra se toma del grupo de edad mayor de 60 años que acude a la UMF a demandar atención médica, por asegurados, pensionados o beneficiarios, o ambos.

Para la selección de la muestra, se tomaron con base a los listados de pacientes citados de cada consultorio y de manera aleatoria se eligió a los sujetos hasta completar el tamaño mínimo de muestra en el periodo de estudio.

## XI. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

### a. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue de 200 la cual fue obtenida mediante el cálculo estadístico, tiene un error estándar 0.05 y un margen de confiabilidad de 95%. El universo de estudio con base al reporte de ARIMAC consta de 8,559 pacientes adultos mayores de 60 años adscritos a la unidad de medicina familiar No 65.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n: Tamaño de la muestra.

N: Total de la población.

Z $\alpha$ <sup>2</sup>: 1.96 (si la seguridad es del 95%).

p: Proporción esperada (en este caso 5% = 0.05).

q: 1- p (en este caso 1-0.05 = 0.95).

d: precisión (en este caso deseamos un 3%).

$$n = \frac{8859 * (1.96)^2 * 0.05 * 0.95}{(0.03)^2 * (8859 - 1) + (1.96)^2 * 0.05 * 0.95} = 200$$

### b. Procesamiento de información

Se elaboró una base datos en el programa Microsoft Office Exel 2016 se capturaron las encuestas de Star Stopp Y Cuestionario De Depresión De Yesavage con sus respectivas variables y representación de gráficas.

## **XII. RECURSOS**

Humanos: Los investigadores

Materiales: 1000 hojas tamaño carta; una computadora personal; una impresora láser, un cartucho de impresora; una engrapadora, una caja de grapas estándar, 30 bolígrafos de tinta negra; 20 lápices del número 2; 50 folders tamaño carta.

Fiscos: instalaciones de la UMF, un espacio para la captura y procesamiento de datos

Financieros: los necesarios aportados por el médico general

## **XIII. INSTRUMENTOS**

Para identificar la depresión en el adulto mayor se utilizó la escala de Yesavage define la depresión de acuerdo del Manual de Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana y de la CIE-10: La consistencia interna de la escala de Yesavage, tiene una alfa de Cronbach entre de .80 y 0.99. La confiabilidad del test-retes oscila entre 0.85 y .98 en un intervalo de una semana y doce días respectivamente. El punto de corte de >11% tiene una sensibilidad del 84% y una especificidad 95%. Cuando el punto de corte se eleva > 14, la sensibilidad disminuye a 80% pero la especificidad se eleva al 100%. La encuesta ha sido validada en el idioma español en nuestro país.

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

No depresión	0-15 puntos
Probable Depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Para la definición de la polifarmacia que es el evento de interés del estudio se utilizaran los criterios de START/STOPP, Los criterios STOPP (Screening Tool of Older Peop

le's potentially inappropriate Prescriptions) fueron publicados en 2008, realizados por médicos geriatras, farmacólogos clínicos, expertos en farmacoterapia geriátrica y psicogeriatría. Se presentaron sesenta y ocho medicamentos potencialmente inapropiados en ancianos, con el apoyo de referencias relevantes mediante el

método Delphi. Los criterios STOPP, incluye las interacciones entre fármacos, las drogas que afectar negativamente a los pacientes mayores con riesgo de caídas y menciona la duplicación de clases de fármacos (24) recomendados por las guías de práctica clínica de prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor.

#### **XIV. ASPECTOS ÉTICOS**

Con base en el reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación en salud, en el título 1 artículo 17 y categoría 1 se consideraron a este tipo de investigación como de riesgo mínimo, solamente representa una inversión de tiempo y esfuerzo para los derechohabientes usuarios. También, el protocolo de investigación se apegó a los principios de la Declaración de Helsinki, que en 1964 estableció las guías para la investigación biomédica en humanos; Por lo tanto, el protocolo de investigación cumplió con lo especificado en la Ley General de salud. Asimismo, con las recomendaciones de investigación en humanos, que especificaron las declaraciones de Neuremberg, Helsinki, Tokio. También se garantizó que la identidad de los participantes en el estudio será protegida. Aplica al aceptar voluntariamente y se ratifica por medio del consentimiento informado.

## XV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

### GRAFICA DE GANTT

Actividad / Tiempo	Mar 2016	Ab 2016	May 2016	Jun 2016	Jul 2016	Ago 2016	Sep 2016	Oct 2016	Nov 2016	Dic 2016	Año 2017	Año 2018
Investigación bibliográfica	—————											
Elaboración de marco teórico			—————									
Delimitación de problema, hipótesis				—————								
Revisión de protocolo				.....				.....				
Subir protocolo al SIRELCIS					.....				.....			
Aprobación de protocolo					.....					.....		
Recopilación de información						.....				.....		
Organización y análisis de resultados						.....				.....		
Presentación estadística de la información							.....				.....	
Elaboración de reporte preliminar							.....				.....	
Elaboración de reporte final y entrega de resultados							.....				.....	
Presentación de trabajo final											.....	

### MESES

- Ya realizado**
- En proceso**
- Aún por realizar**

## **XVI. ANALISIS DE RESULTADOS**

Se aplicaron 200 encuestas a adultos mayores durante el transcurso de marzo 2017 a febrero 2018, el promedio de edad fue de 80 años, edad mínima de 60 años y edad máxima 89 años siendo el grupo de pacientes de 60-69 años el que más predominó (n=90) en segundo lugar con menor polifarmacia pacientes de 70 a 79 años (n= 82) equivalente al 45 % y por último pacientes de 80-89 años (n= 28) con un porcentaje del 14%.

En el estudio se encontró una mayor prevalencia de polifarmacia en mujeres (n= 131). El estado civil de nuestros pacientes con un porcentaje mayor el estado civil casado (n= 125) y en segundo lugar viuda (o) (n= 66) los cuales corresponden a una 62 % y 33% y resto de los pacientes viven en unión libre (n=4), y soltero (n=1), divorciada (n=4).

De acuerdo a su ocupación se observa que 148 de los pacientes son amas de casa, una segunda ocupación es pensionados (n=38), pocos son los pacientes activos laboralmente en este caso corresponden a trabajadores de limpieza (n= 9) guardia de seguridad (n= 3) y comerciantes (n= 2).

De un total de 200 pacientes, 144 pacientes cuentan con depresión leve encontramos un 19 % (n= 38) un porcentaje mínimo del 9% (n=18) con depresión establecida, sin depresión un 72 %, (n=144).

Representa una mayor incidencia en mujeres con depresión leve correspondiente al 65 % (n=22) en comparación con una depresión establecida fue menor el porcentaje 35 % (n=12). La incidencia de depresión leve en hombre fue 75% (n=18) y depresión establecida 25 % (n=6).

Debido a la alta incidencia de enfermedades cronicodegenerativas observamos una asociación depresión- diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Los grados de depresión en pacientes diabéticos de los cuales se detectó 18% depresión leve (n=20) depresión establecida 11% (n=12) como podemos observar se contaba con mayor depresión leve en nuestra población diabética

En cambio, en la enfermedad de hipertensión arterial se encontró una depresión leve 21% (n= 24), depresión establecida 8% (n=9) el resto 81% (n=80) no se encontró depresión.

Por último, se encontró una incidencia de polifarmacia en depresión leve 58% (n=37) en comparación con una depresión establecida fue menor la cantidad de

pacientes asociado a polifarmacia equivalente 27% (n=18); no presentan polifarmacia 15% (n=10) sin depresión.

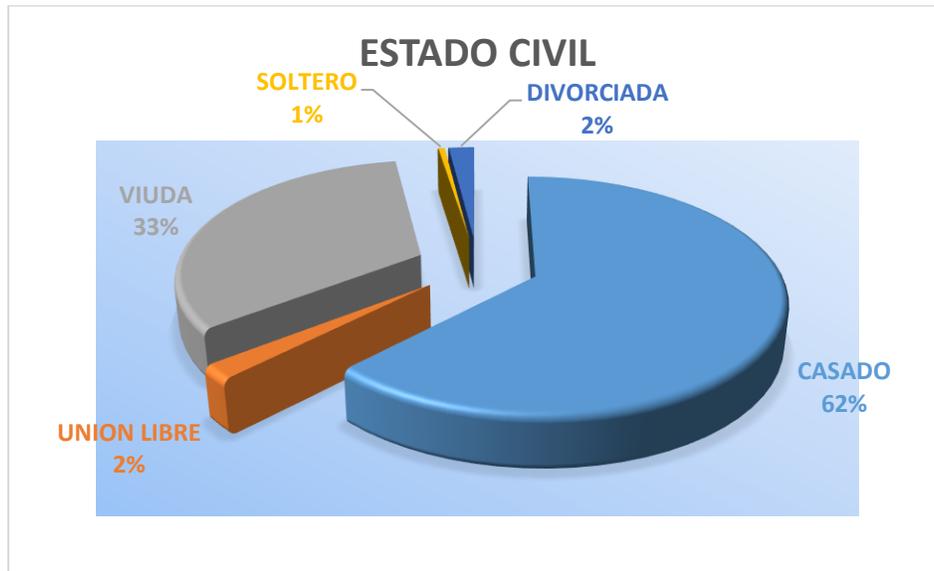
## XVII. CUADROS Y GRAFICOS DE RESULTADOS



**GRAFICA 1**

POLIFARMACIA DE ACUERDO EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
60-69 años	90	45%
70-79 años	82	41%
80-89 años	28	14%

De acuerdo a este gráfico se detecta un porcentaje del 45 % al grupo de pacientes de 60-69 años en segundo lugar con menor polifarmacia pacientes de 70 a 79 años equivalente al 41 % y por último pacientes de 80-89 años con un porcentaje del 14%.



**GRAFICA 2**

ESTADO CIVIL	PACIENTES	PORCENTAJE
CASADO	125	62%
VIUDA	66	33%
UNION LIBRE	4	2%
DIVORCIADA	4	2%
SOLTERO	1	1%

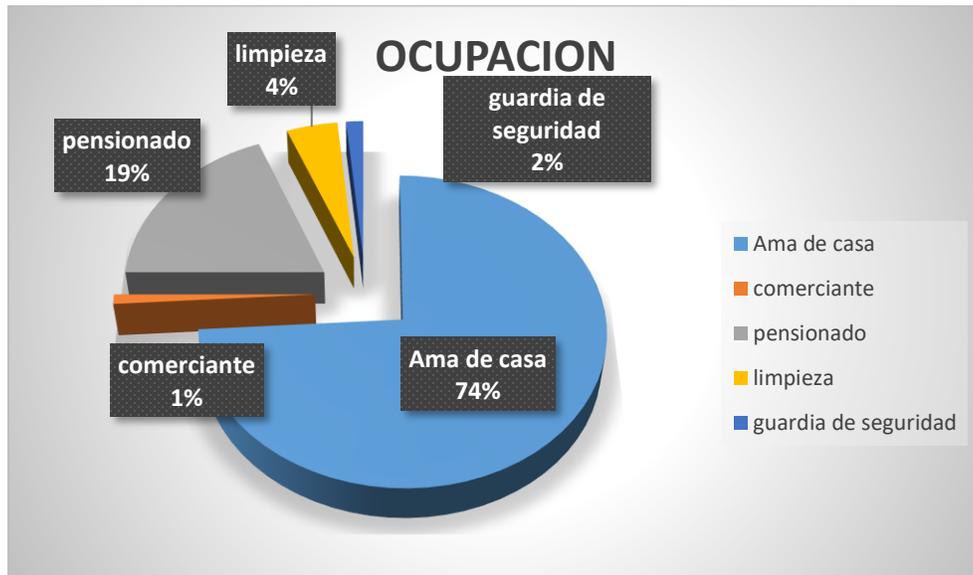
El grafico 2 nos representa el estado civil de nuestros pacientes con un porcentaje mayor el estado civil casado y en segundo lugar viuda (o) los cuales corresponden a una 62 % y 33% y resto de los pacientes viven en unión libre, viudo y soltero.



**GRAFICA 3**

<b>RELIGION</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
CATOLICOS	158	79 %
TESTIGO DE JEHOVA	27	13.5%
CRISTIANOS	10	5%
NINGUNA	5	2.5%
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	

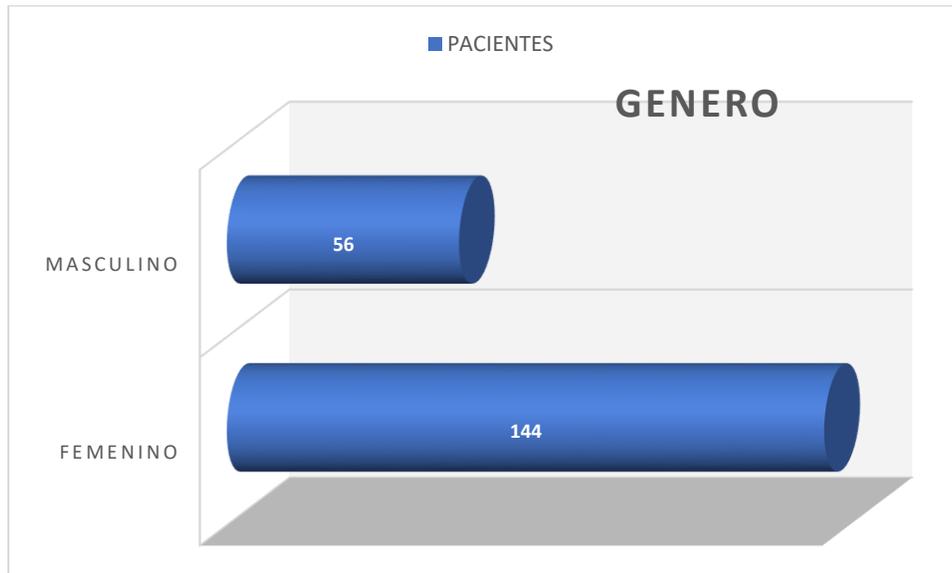
El grafico 3 nos representa de un total de 200 pacientes 158 profesan la religión del catolicismo en una minoría el resto de religiones.



**GRAFICA 4**

OCUPACION	PACIENTES	PORCENTAJE
AMA DE CASA	148	74%
PENSIONADO	38	19%
LIMPIEZA	9	4%
GUARDIA DE SEGURIDAD	3	2%
COMERCIANTE	2	1%
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

En el presente grafico se observa que 148 de los pacientes son ama de casa, una segunda ocupación es pensionado, pocos son los pacientes activos laboralmente en este caso corresponden a 9 trabajadores de limpieza y 3 pacientes como guardia de seguridad y 2 comerciantes.



**GRAFICA 5**

SEXO	PACIENTES	PORCENTAJE
FEMENINO	144	72%
MASCULINO	56	28%
TOTAL	200	100%

De acuerdo al grafico representado del total de nuestros pacientes 144 corresponden al sexo femenino y 56 pacientes masculinos.



**GRAFICA 6**

<b>POLIFARMACIA</b>	179	89 %
<b>SIN POLIFARMACIA</b>	21	11 %

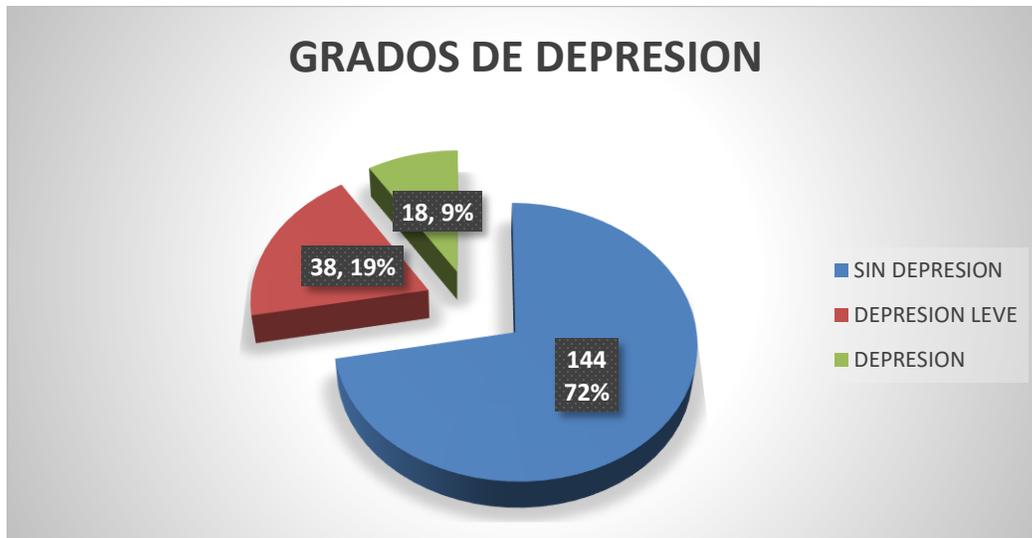
El grafico 6 representa la incidencia de polifarmacia, corresponde a 179 pacientes equivalente a un 89%, 21 pacientes sin polifarmacia equivalente al 11%.



**GRAFICA 7**

POLIFARMACIA	STOPP 1-2	%	STOPP > 3	%
FEMENINO	13	6.5 %	131	65.5 %
MASCULINO	8	4 %	48	24%
TOTAL	21	10.5 %	179	89.5%

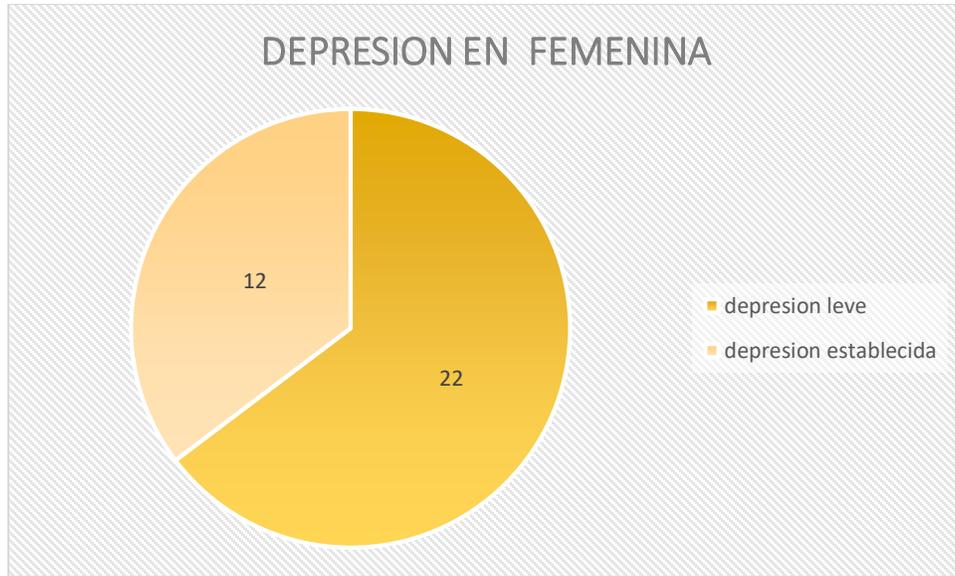
De acuerdo a este grafico se representa una mayor prevalencia de polifarmacia en 131 mujeres que corresponde al 65.5 % en comparación al sexo masculino se representa 48 hombres equivalente a un 24%.



**GRAFICA 8**

GRADO DE DEPRESION	NO. PACIENTES	PORCENTAJE
SIN DEPRESION	144	72%
DEPRESION LEVE	38	19%
DEPRESION ESTABLECIDA	18	9%
<b>TOTAL</b>	200	100%

En esta grafica se observa de un total de 200 pacientes, 144 pacientes no cuentan con depresión lo que equivale a un 72 %, en depresión leve encontramos a 38 pacientes que corresponde a un 19 %, y un porcentaje mínimo del 9% que equivalen a los 18 pacientes de nuestra población.



**GRAFICA 9**

SEXO	DEPRESIÓN LEVE	%	DEPRESIÓN ESTABLECIDA	%
FEMENINO	22	64.7%	12	35.3 %

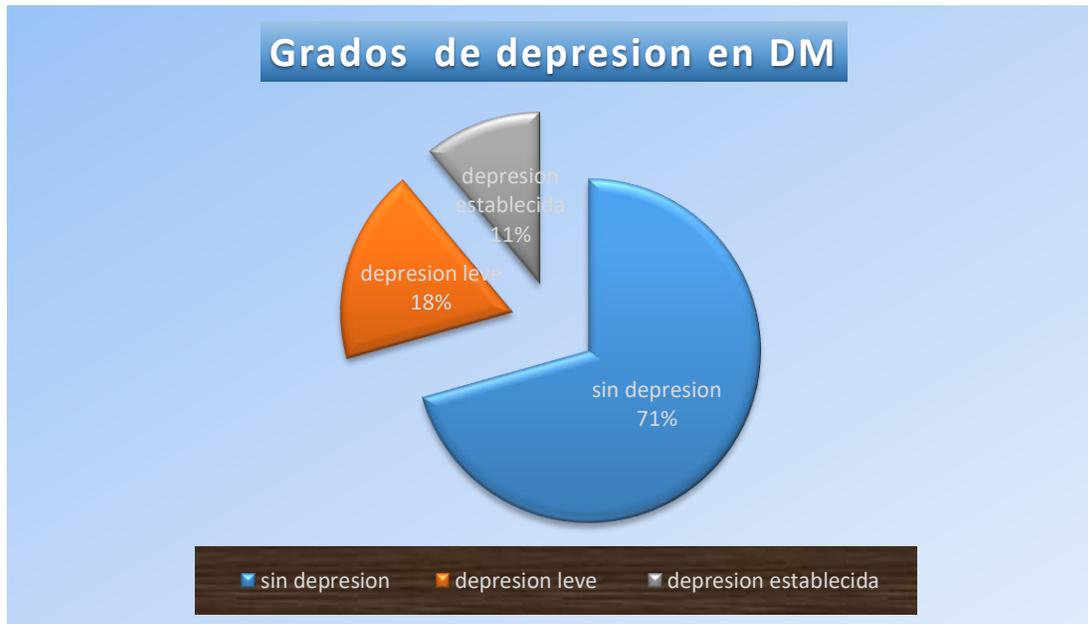
En este grafico se representa una depresión leve en 22 mujeres la cual corresponde a un 64.7% y una depresión establecida en 12 mujeres que corresponde 35.3%.



**GRAFICA 10**

SEXO	DEPRESIÓN LEVE	%	DEPRESIÓN ESTABLECIDA	%
MASCULINO	18	75%	6	25%

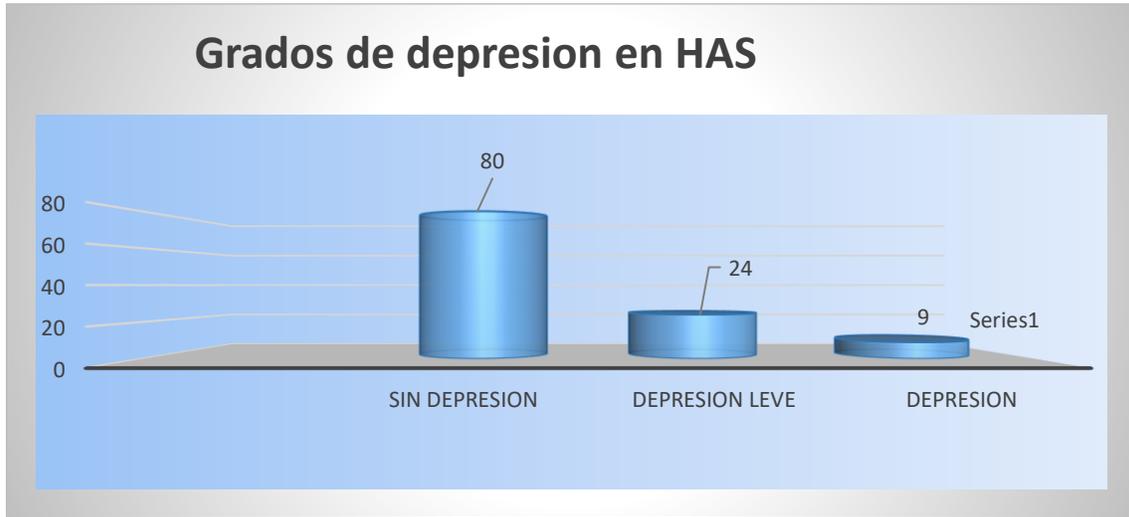
De acuerdo a la gráfica observamos una depresión leve en 18 hombres equivalente a un 75% y 6 hombres con depresión establecida en un porcentaje 25% como podremos darnos cuenta existe mayor incidencia de depresión leve en el sexo masculino.



**GRAFICO 11**

GRADOS DE DEPRESION EN DM		PORCENTAJE
SIN DEPRESION	77	71%
DEPRESION LEVE	20	18%
DEPRESION ESTABLECIDA	12	11%

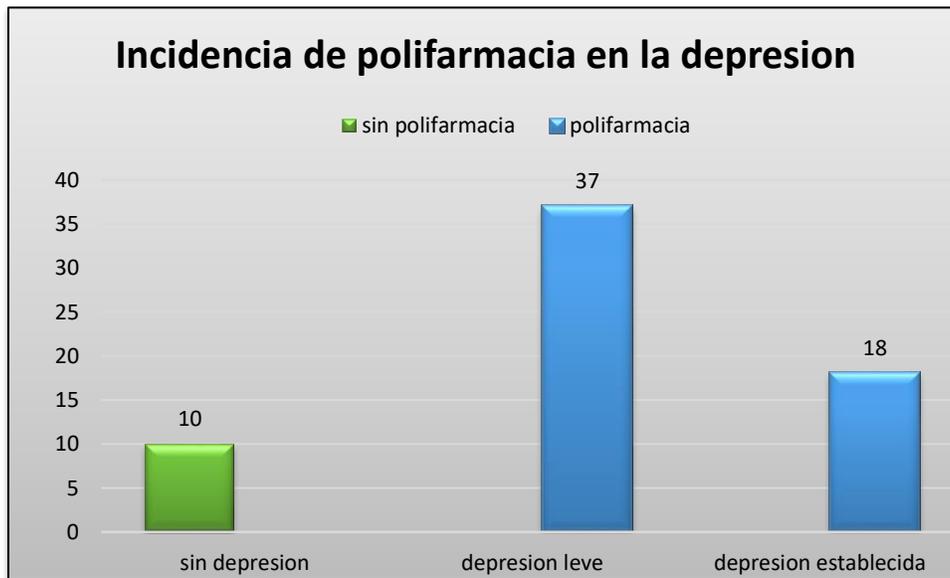
El gráfico representa los grados de depresión en pacientes diabéticos de los cuales se detectaron que 77 pacientes no contaban con depresión, 20 pacientes con depresión leve y 12 pacientes contaban con una depresión establecida



**GRAFICA 12**

GRADOS DE DEPRESION EN HAS					
SIN DEPRESION	%	DEPRESION LEVE	%	DEPRESION ESTABLECIDA	%
80	70.7	24	21.2	9	8

El grafico 12 representa el nivel de depresión observada en pacientes con hipertensión arterial 80 de ellos se detectó un nivel sin depresión, 24 pacientes con depresión leve y finalmente 9 pacientes con depresión establecida.



**GRAFICO 13**

	<b>PACIENTES</b>	<b>POLIFARMACIA</b>	<b>%</b>
<b>SIN DEPRESION</b>	10	STOPP 0-2	15.3
<b>DEPRESION LEVE</b>	37	STOPP MAYOR DE 3	57
<b>DEPRESION ESTABLECIDA</b>	18	STOPP MAYOR DE 3	27.7

El grafico 13 representa una mayor incidencia de polifarmacia en depresión leve correspondiente a 37 pacientes en comparación con una depresión establecida fue menor la cantidad de pacientes asociado a polifarmacia equivalente a 18 pacientes; no presentan polifarmacia paciente sin depresión en 10 pacientes.

## XVIII. DISCUSION

Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento STOPP y la Escala de Yesavage en 200 adultos mayores de 60 a 89 años para hombres y mujeres respectivamente, encontramos que el grupo con mayor polifarmacia fue de 60-69 años con un porcentaje del 45 % el segundo grupo con una mínima diferencia de 70-79 años con un porcentaje del 41 %.

De acuerdo a la referencia bibliográfica se refiere una prevalencia de polifarmacia en el año 2010 del 54.2% referido por los Archivos de Medicina de Urgencia de México. En nuestro estudio se encontró una prevalencia de un 56.9% muy similar a este estudio sin polifarmacia se reporta una incidencia 27.6%.

De nuestra población estudiada se encontró una incidencia de polifarmacia, que corresponde a 179 pacientes equivalente a un 89%, 21 pacientes sin polifarmacia equivalente al 11%. Se observó un predominio de polifarmacia en 131 mujeres en hombre 48, comparado con otros estudios se refiere que las mujeres consumen medicamentos en mayor proporción que los hombres. Badillo, Castelo, Martínez, García, (29). Cabe señalar que tan solo en la ciudad de México hay más mujeres derechohabientes al IMSS (127 mil 715 con 65-69 años de edad) que hombres (99 mil 910 con 65-69 años de edad) y posiblemente son las que más acuden a su atención médica, y quizá sea la razón de esta de esta diferencia.

En base a la Escala de Yesavage se encontró una población mínima con depresión establecida un total de 200 pacientes, 144 pacientes no cuentan con depresión lo que equivale a un 72 %, en depresión leve encontramos a 38 pacientes que corresponde a un 19 %, y un porcentaje mínimo del 9% que equivalen a los 18 pacientes de nuestra población en comparación a otros estudios de incidencia realizados en México han mostrado que hasta un 53% de los adultos mayores presentan un grado de Depresión. (28).

En cuanto respecta a enfermedades cronicodegenerativas asociada a la depresión como la DM e HAS se encontró mayor prevalencia asociada una depresión leve y un menor porcentaje una depresión establecida.

## **XIX. CONCLUSIONES**

En la población del estudio se identificaron como factores de riesgo para polifarmacia más significativos la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, depresión.

Entre los demográficos, la edad avanzada, el sexo femenino el estado de fragilidad, múltiples comorbilidades y la depresión son marcadores del estado de salud que se asocian con mayores tasas de polifarmacia. La participación de múltiples prescriptores son características importantes que aumentan el riesgo de polifarmacia, provocando disminución del estado funcional, aumento en costos, aumento de efectos adversos, de interacciones fármaco- fármaco, y prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados.

Por ello se debe de evaluar con mayor frecuencia la necesidad de fármacos y evitar las múltiples comorbilidades a mayor número de enfermedades crónicas mayor consumo de fármacos.

Una recomendación para posteriores investigaciones acerca de la depresión en adultos mayores es contar con una población significativa y a la par igualitaria para aminorar menos sesgos y obtener con ello una mayor confiabilidad de los resultados.

## XX. BIBLIOGRAFIA

1. Varela P. Valoración geriátrica inicial, Geriatria Primera Parte. Rev. Diagnóstico. Vol. 42, número 2, marzo abril 2008
2. Luna M. Prescripción inapropiada en el adulto mayor. 2013, 51(2).142-9
3. Martínez. Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares 2014. Suppl 1:29-38
4. Martínez A. Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares Gaceta Médica de México. 2014;150 Suppl 1:29-38
5. Onder G. Polypharmacy in Nursing Home in Europe: Results From the SHELTER Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2012 June;67A (6):698–704
6. Reyes G. Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el D. F. Una visión crítica. En: Sal Púb Méx, 1996, 38(6):487-495.
7. Robine JM, Centenarians today: new insights on selection from the 5-COOP study. Curr Gerontol Geriatr Res 2010; 2010: DOI: 10.1155/2010/120354.
8. Bergh S. Dementia and neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients in Nord-Trøndelag County. Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132:1956–9
9. Graves T, Adverse events after discontinuing medications in elderly outpatients. Arch Intern Med. 1997; 157:2205-10
10. Kinley J, The provision of care for residents dying in UK nursing care homes. Age Ageing 2014;43:375–9
11. De Toledo. Pattern of drugs prescribed for community-residing middle-aged and older adults from the outskirts of Brasilia. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences, 41, pp. 271-277
12. D'Hyver, Geriatria. 3 Edición. 2014. Manual Moderno
13. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 2012. 6ª Edición. EEUU
14. Santibañez S. Costo económico de la polifarmacia en el adulto mayor en el primer nivel de atención. 2013; 51(2): 192-9
15. Gnjjidic D, Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. J Clin Epidemiol 2012 Sep;65(9):989-9
16. Fulton MM, Polypharmacy in the elderly: a literature review. J Am Acad Nurse Pract. 2005;17(4):123-32.
17. García F. Fármacos inapropiados en el anciano: una propuesta de clasificación. Med Inte Mex 2005; 21: 188-197

18. Carrillo D. Tesis polifarmacia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la clínica de consulta externa "Lic. Alfredo Del Mazo Vélez" ISSEMYN.2013
19. Onder G. Polypharmacy in Nursing Home in Europe: Results From the Shelter Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2012 June;67A(6):698–704
20. Sánchez S. Tesis Elementos de la prescripción farmacológica como un factor de riesgo para la polifarmacia. 2010
21. Kaufman MB, Effect of prescriber education on the use of medications contraindicated in older adults in a managed Medicare population. *J Manag Care Pharm* 2005; 11 (3): 80-86
22. Peralta Ma. Elementos de la prescripción farmacológica como un factor de riesgo para la polifarmacia en el adulto mayor. 2010
23. Zavala Ma. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa México. 2010 12(4) 116-126.
24. Wan D. Depresión una crisis global. *World Federation For Mental health.* 2012 Pp 4-8.
25. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención IMSS. 2009:1.1 15
26. Barenzon S. Depresión. Estado de conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México.* Vol. 55, febrero del 2013.
27. Martínez J. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en adulto mayor hospitalizado. *Rev. Med Inst. Mex Seguro Soc.* 2007; 45:21-28.
28. Urbina T. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Saint.* 2007, 21(1): 37-43
29. Badillo BU. La prescripción en el anciano: cuidado con la polifarmacia y los efectos adversos. *Rev. Hosp. Méx.* 2005; 72(1): 18-22.

## XXI ANEXOS

		<p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b></p> <p><b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN</b></p> <p><b>Y POLITICAS DE SALUD</b></p> <p><b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p>
<p><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>		
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p> <p><b><i>INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A POLIFARMACIA EN UMF 65</i></b></p>		
Nombre del estudio:	No aplica.	
Patrocinador externo (si aplica):	Naucalpan, Estado de México __01__ de __agosto__ de 2016__	
Lugar y fecha:	En trámite	
Número de registro:	El interés por el creciente consumo de fármacos en las sociedades desarrolladas se centra especialmente en el adulto mayor. Los mayores de 6 años reciben del 30 al 50% de los fármacos prescritos, a pesar de que este grupo de población supone entre el 10 al 12% del total poblacional. Objetivo: Evaluar la incidencia de depresión en el adulto mayor asociada a la polifarmacia en la UMF No. 65	
Justificación y objetivo del estudio:	Aplicación de consentimiento informado y cuestionarios para la obtención de datos.	
Procedimientos:	Ninguna	
Posibles riesgos y molestias:	Conocer los resultados del estudio y conocer si presenta depresión	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le informaran los resultados obtenidos de manera individual a cada paciente participante	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Voluntaria	
Participación o retiro:	Los resultados son privados y confidenciales	
Privacidad y confidencialidad:	En caso de colección de material biológico (si aplica): No 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):	No aplica.	
Beneficios al término del estudio:	Evaluar si existe incidencia de depresión en la UMF 65	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	DRA AMANDA MARTINEZ VELAZQUEZ	
Colaboradores:	DRA RUBÍ MEZA GABINO DR MAURICIO ESPINOSA LUGO	
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 4º 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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>		
<hr/> <p>Nombre y firma del sujeto</p>		<hr/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>

## INSTRUMENTO DE RECOLECCION

### PRESCRIPCION INAPROPIADA EN EL ADULTO MAYOR (STOPP).

D1. Digoxina a dosis mayores de 125mg/ a largo plazo en presencia de insuficiencia renal.	SI	NO
D2. Diuréticos para además maleolares aislados, sin signos de insuficiencia cardiaca	SI	NO
D3. Diuréticos de asa como monoterapia de primera línea en hipertensión	SI	NO
D4. Diuréticos tiazidicos con antecedente de gota	SI	NO
D5. Bloqueadores beta no cardioselectivos en EPOC	SI	NO
D6. Bloqueadores beta en combinación con verapamilo	SI	NO
D7 antagonistas de calcio estreñimiento crónico	SI	NO
D8 uso de la combinación de AAS y warfarina son antagonistas H2	SI	NO
D9 dipiridamol como monoterapia para la prevención cardiovascular secundaria	SI	NO
D10 AAS con antecedentes ulcerosa péptica sin antagonistas H2 o IBP	SI	NO
D11 AAS a dosis superiores 150 mg día	SI	NO
D12 AAS sin antecedente de cardiopatía	SI	NO
D13 Warfarina para in primer episodio de trombosis venosa profunda no complicada durante más de 6 meses	SI	NO
D14. Warfarina para una primera embolia pulmonar no complicada durante más de 12 meses	SI	NO
D15. AAS, clopidrogel, dipiridamol o warfarina con una enfermedad hemorrágica concurrente	SI	NO
<b>Sistema nervioso central y psicofármacos</b>		
D16. ATC con demencia	SI	NO

D17 ATC con glaucoma	SI	NO
D18 ATC con estreñimiento	SI	NO
D19 ATC con opiáceo	SI	NO

D20. ATC con prostatismo o antecedentes de retención urinaria	SI	NO
D21. Uso prolongado (más de 1 mes) de benzodiazepinas de vida media larga como clordiazepóxido, flurazepam, nitrazepam, clonazepato) o benzodiazepina con metabolitos de larga acción (diazepam)	SI	NO
D22. Uso prolongado (más de un mes) de neurolepticos Como hipnóticos a largo plazo	SI	NO
D23 Uso prolongado (más de un mes) de neurolepticos en parkinsonismo	SI	NO
D24.Fenotiazidas en pacientes con epilepsia	SI	NO
D25. Anticolinérgicos para tratar los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolepticos	SI	NO
D26. ISRS con antecedentes de hiponatremia clínicamente significativa	SI	NO
D27.Uso prolongado (más de 1 semana) de antihistamínicos	SI	NO
D28.Difenoxilato, loperamida o fosfato de codeína para el tratamiento de la Diarrea de causa desconocida.	SI	NO
D29. Difenoxilato, loperamida o fosfato de codeína para el tratamiento de gastroenteritis infecciosa grave i.e con diarrea sanguinolenta, fiebre elevada y afectación sistémica	SI	NO
D30. Proclorperazina o metoclopramida con Parkinson	SI	NO
D31. IBP para enfermedad ulcerosa péptica a dosis terapéuticas plenas durante ms de 8 semanas	SI	NO
D32.Esoasmoticos colinérgicos en el estreñimiento crónicos	SI	NO

D33. Teofilina como monoterapia en la EPOC	SI	NO
D34. Corticoesteroides sistémicos en lugar de inhalados para el tratamiento de mantenimiento de la EPOC moderada-grave	SI	NO
D35. Ipatropio inhalado el glaucoma	SI	NO
<b>Sistema musculoesquelético</b>		
D36. AINES con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorrágica digestiva, salvo con uso simultáneo de antagonistas H1, IBP o misoprostol	SI	NO
D37. AINE con hipertensión moderada-grave (moderada 160/100 mmhg-179/190 mmhg grave igual o superiores 180/110)	SI	NO
D38. AINE con insuficiencia cardiaca	SI	NO
D39. Uso prolongado de AINE(más de 3 meses) para el alivio del dolor articular leve en la osteoartritis	SI	NO
D40. Warfarina y AINES juntos	SI	NO
D41. AINE con insuficiencia renal crónica	SI	NO
D42. Corticoide a largo plazo (más de 3 meses) monoterapia para artritis o la artrosis	SI	NO
D43. AINE o colchicina a largo plazo para el tratamiento crónico de gota cuando no existe contraindicación con el alopurinol	SI	NO
<b>Sistema Urogenital</b>		
D44. Fármacos antimuscarínicos asociados con demencia	SI	NO
D45. Fármacos antimuscarínicos asociados con estreñimiento	SI	NO
D46. Fármacos antimuscarínicos asociados con prostatismo crónico	SI	NO
D47. Fármacos alfa en varones con incontinencia frecuente i.e con uno o más episodios de incontinencia al día	SI	NO

D48. Bloqueadores alfa en varones con incontinencia frecuente i.e con uno o más episodios de incontinencia al día.	SI	NO
D49. Bloqueadores alfa sonda vesical permanente i.e sonda durante más de 2 meses.	SI	NO

7

Escala de Yesavage para depresión en el adulto mayor		
F1. En general ¿Está usted satisfecho con su vida?	SI	NO
F2. Ha abandonado muchas de las tareas habituales y afecciones?	SI	NO
F3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
F4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
F5. Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
F6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
F7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
F8. ¿Con que frecuencia se siente desamparado/a o desprotegido?	SI	NO
F9. ¿Prefiere usted quedarse en casa mas que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
F10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
F11. ¿En estos momentos piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
F12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
F13. ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
F14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
F15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO