

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**T E S I S**

**REALIZADA PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ANCIANOS EN EL**  
**HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.8 “DR. GILBERTO**  
**FLORES IZQUIERDO”**

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

**DRA. HERRERA NAVAS MÓNICA ELIZABETH**  
**MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matrícula: 97370265 Teléfono: 5526650443 Fax: No Fax  
Email: [monicahn8@hotmail.com](mailto:monicahn8@hotmail.com)

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**  
**DIRECTOR DE TESIS**

Médico Familiar, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública  
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud  
HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matrícula: 99374232 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax  
Email: [gilberto.espinozaa@imss.gob.mx](mailto:gilberto.espinozaa@imss.gob.mx)

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO**  
**ASESOR METODOLÓGICO**

Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias de la Educación  
Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar  
HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matrícula: 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax  
Email: [eduardo.vilchisch@imss.gob.mx](mailto:eduardo.vilchisch@imss.gob.mx)

**DR SÁNCHEZ PINEDA JORGE**  
**ASESOR CLINICO**

Médico Familiar  
Adscrito al servicio de Consulta externa  
HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matrícula: 99379893 Tel:5540432008 Fax: No Fax  
Email: [jomshuk@gmail.com](mailto:jomshuk@gmail.com)

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CD.DE MÉXICO. FEBRERO 2018**  
**NÚMERO DE REGISTRO: R-2018-3605-025**



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.

# EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ANCIANOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**AUTORES:** Dra. Mónica Elizabeth Herrera Navas.<sup>(1)</sup> Dr. Gilberto Espinoza Anrubio.<sup>(2)</sup> Dr. Eduardo Vilchis Chaparro.<sup>(3)</sup> Dr. Jorge Sánchez Pineda.<sup>(4)</sup>

- (1) Médico Residente de Especialización Medicina Familiar. HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del seguro social IMSS.
- (2) Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de la Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.
- (3) Médico Especialista en Medicina Familiar. Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud. HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Maestro en Tecnología Educativa. Jefe del Departamento de Investigación en Educación Médica.
- (4) Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar. HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

## **OBJETIVO:**

Evaluar la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar N°8 “Dr Gilberto Flores Izquierdo”.

## **MATERIALES Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo, transversal no comparativo, descriptivo, observacional con una muestra de 239 pacientes de 60 años o más (intervalo de confianza de 99%) de la consulta externa del HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS. Instrumento de medición cuestionario para depresión del ENASEM.

## **RESULTADOS:**

Se estudió a 239 pacientes de 60 años o más en el H.G.Z. / U.M.F. No. 8. La media de edad fue de 72.82 años, se documentó que 23.4% presentaron depresión, de estos el grupo del sexo femenino presentó depresión en un 17.20%, la población con menor grado académico presentó en mayor porcentaje depresión en un 12.50%, el rubro de pacientes jubilados presentó depresión en un 11.30%, en cuanto a la religión se observó que el grupo de pacientes católicos presentaron depresión en un 19.20, y los pacientes que padecen alguna comorbilidad cursan en un 22.20% con depresión.

## **CONCLUSIONES:**

Se encontró que la mayoría de la población estudiada presentan depresión, de acuerdo a la encuesta del ENASEM, de estos la población más afectada se encuentran en el rango de edad de 71 a 80 años, las mujeres, los pacientes con comorbilidades y los jubilados, por lo cual es importante realizar tamizaje de depresión en la consulta a estos pacientes, para así dar un tratamiento oportuno.

**PALABRAS CLAVES:** Depresión, ancianos, ENASEM.

**“EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA  
DEPRESIÓN EN PACIENTES ANCIANOS EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No.8 “DR. GILBERTO  
FLORES IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA  
DIRECTOR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**DIRECTOR DE TESIS**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO**  
**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**  
**DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

---

**DR JORGE SÁNCHEZ PINEDA**  
**MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA**  
**DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**ASESOR CLÍNICO DE TESIS**

## AGRADECIMIENTOS

“Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber”.

*Albert Einstein.*

Quiero agradecer con el presente escrito a todos mis profesores que contribuyeron con este trabajo, en primer lugar, dando a conocer mi reconocimiento y admiración al Dr. Gilberto Espinoza Anrubio, al Dr. Eduardo Vilchis Chaparro y al Dr. Jorge Sánchez Pineda por su apoyo, y enseñanzas, sin las cuales no hubiera podido realizar este trabajo, el cual es resultado de su supervisión constante, doy gracias por su paciencia para ayudarme a realizarlo.

De igual forma quiero agradecer a mi familia, mis papas Luis Alberto Herrera Fuentes, María Antonieta Elizabeth Navas Meza, por todo su apoyo sin el cual no hubiera podido realizar este trabajo, con sus consejos y confianza en mí para perseverar en la realización de mis estudios y mi hermano Luis Alberto Herrera Navas quien también me apoyo para la conclusión de esta etapa académica de mí vida.

A mi familia no biológica la que se forma al convivir en la residencia médica, al estar juntos más de 24 horas continuas en el hospital estudiando y practicando nuestra digna profesión, quienes con bromas y consejos contribuyeron para tener éxito al realizar esta tesis, gracias Lupita, Sandy, Ricardo y Rodrigo.

A quienes a pesar de estar lejos creyeron en mí, gracias Julián, por escucharme y apoyarme aun cuando tú tenías cansancio extremo, gracias por darme ánimos y consejos, y ayudarme a seguir adelante. Gracias a Mayra y Martha quiénes a pesar de la distancia, y los compromisos tuvieron tiempo para apoyarme, gracias a Victoria y Andrea quienes a pesar del tiempo aun demuestran su cariño y amistad al brindarme su ayuda cuando más la necesito.

A todas las personas que aceptaron participar en esta investigación de manera tan cordial y atenta, sin su ayuda no se hubiera podido realizar.

Y un agradecimiento que ya nunca podrá escuchar mi abuelita María del Carmen Meza Agüero, quien fue mi punto de referencia para demostrar que una mujer puede conseguir todas las metas por las que pele y salir adelante sin temer ni deber nada a nadie.

“Así como una jornada bien empleada produce un dulce sueño, así una vida bien usada causa una dulce muerte”.

*Leonardo Da Vinci.*

Dra. Mónica Elizabeth Herrera Navas.

# ÍNDICE

<b>TEMA</b>	<b>PÁGINA</b>
1. Marco teórico	8
2. Justificación	17
3. Planteamiento del problema	18
4. Objetivos	19
5. Hipótesis	20
6. Material y métodos	21
7. Diseño de la investigación	22
8. Población o universo	23
9. Ubicación temporal y espacial de la población	23
10. Muestra	24
11. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	25
12. Variables	26
13. Diseño estadístico	29
14. Instrumento de recolección	30
15. Método de recolección	31
16. Maniobras para evitar y controlar sesgos	32
17. Cronograma de actividades	33
18. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	34
19. Consideraciones éticas	35
20. Resultados	37
21. Tablas y gráficas	39
22. Discusión	54
23. Conclusiones	58
24. Bibliografía	60
25. Anexos	64

## MARCO TEÓRICO

### Envejecimiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define envejecimiento como el “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”. En otras palabras son los cambios moleculares y estructurales por el paso del tiempo. En las últimas décadas se han propuesto varios modelos de envejecimiento, entre estos tenemos el envejecimiento exitoso, propuesto por Rowe, el cual hace referencia a la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas, el envejecimiento saludable, propuesto por la OMS (1998), definido como la etapa que comienza mucho antes de los 60 años. Esta solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades y el envejecimiento activo de la OMS (2002), enunciado como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El término “activo” hace referencia a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Lo anterior lleva a concluir que el concepto de envejecimiento es único y que cada persona es quien decide cómo desea vivir esta etapa de la vida, si desde la perspectiva de la enfermedad o de la salud, la cual está influida directamente por el contexto donde esté inmersa.<sup>1</sup>

La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años. Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.<sup>2</sup>

## Epidemiología

En Europa el porcentaje de población de 60 años y más es de 23.9%, en nuestro país, es de 10.4% según información de la Encuesta Intercensal. La transición demográfica, caracterizada por la reducción de la fecundidad y la mortalidad, han provocado cambios importantes en la estructura por edad de la población. Estos cambios han dado lugar a un proceso de envejecimiento, se caracteriza por un incremento paulatino en la proporción de adultos mayores y una disminución en la participación relativa de la población de niños y jóvenes. De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), para 2030, el porcentaje de adultos mayores será de 20.4 millones, lo que representará 14.8 por ciento. Con el aumento de esta población se incrementa la demanda de servicios relacionados con la salud, vivienda, pensiones y espacios urbanos que faciliten el tránsito de estas personas.<sup>3</sup>

El aumento en la esperanza de vida representa también un reto para la salud de los adultos mayores, en términos de enfermedades no transmisibles, las cuales son generadoras de discapacidad. La creciente prevalencia de las enfermedades crónicas, incluyendo la demencia, constituye un reto particular, pues compromete la funcionalidad, genera discapacidad, eventualmente conduce a la dependencia y representa además un incremento significativo en el costo de la atención a la salud. Las alteraciones de la salud mental representan una contribución importante a la carga de las enfermedades crónicas en cuanto a costos y discapacidad. Los problemas de salud mental son responsables de 31% de los años de vida perdidos por discapacidad entre las enfermedades no transmisibles; la depresión es la segunda causa de discapacidad para los adultos en general y la demencia la primera para los adultos mayores. La prevalencia de depresión y demencia son ya problemas de salud pública que deben ser atendidos puntualmente.<sup>4</sup>

La población de este grupo de edad utiliza servicios de salud con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población y los servicios que requiere son por lo general más costosos y requieren de personal capacitado para otorgar una atención integral. En la actualidad existen pocas políticas públicas en materia de salud capaces de afrontar el proceso de envejecimiento y sus consecuencias sociales. El sistema de salud en la actualidad, a nivel de atención primaria, considera que el enfoque debe ser preventivo, efectivo, seguro y eficiente. Carecen de rampas de acceso, suficientes lugares de estacionamiento y elevadores para discapacitados, así como consultorios amplios para sillas de ruedas en plantas bajas, apoyos y áreas de atención preferencial, entre otros. En el primer nivel de atención no están establecidas las categorías laborales de gerontología y geriatría. La mayor cantidad de médicos especialistas que se forman en México son en medicina de familia, por lo que es importante que en su formación deban tener dentro de sus programas académicos operativos el abordaje de temas médicos en materia geriátrica y gerontológica, así como la práctica en escenarios en donde el principal actor sea el paciente adulto mayor.<sup>5</sup>

## Depresión

El término “depresión” surgió a mediados del siglo XIX, para referirse a una alteración primaria de las emociones cuyos rasgos más sobresalientes reflejaban inhibición y deterioro funcional. Sigmund Freud distinguió por primera vez los dinamismos psicológicos que subyacen a las reacciones afectivas de duelo y los síntomas de la depresión melancólica, postulando que lo característico de la melancolía es una pérdida de la autoestima manifestada clínicamente por la presencia de autor reproches. Posteriormente, el modelo cognitivo-conductual de la depresión postuló la existencia de una serie de cogniciones (consientes) erradas o distorsionadas respecto a la manera de interpretar las experiencias.<sup>6</sup>

Estimaciones de la OMS señalan que la depresión es la enfermedad mental que más afecta a la población y para 2020 será el segundo padecimiento de mayor carga de morbilidad en el mundo. En el 2012 en México, del total de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en los adultos mayores, el 10.2% fueron por trastornos depresivos. De los egresos hospitalarios por depresión entre la población adulta mayor varía según la edad; 43 de cada 100 adultos mayores de 65 a 74 años la padecen, mientras que sólo 11 de cada 100 la presentan después de los 74 años. Por sexo se observa que son más las mujeres de 60 a 64 años que padecen depresión que los hombres de la misma edad (38.5 y 27.3, respectivamente), en tanto que en la población de 65 a 74 años este padecimiento se presenta más en los hombres (48.3% de los hombres contra 40.2% de las mujeres).<sup>7</sup>

En Estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión oscila entre el 6% y el 20 %, aunque en Italia asciende hasta el 40%. En el caso de México, hasta el 2005, la prevalencia fue de 5.8% en las mujeres, y 2.5% en los hombres, incrementándose con la edad. Sin embargo otros estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada; y la incidencia de casos nuevos por años es de aproximadamente 15%. Se ha observado una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de 4.5% al 12.3%.<sup>8</sup>

La población de adultos mayores padece de abandono por indiferencia de los familiares, pobreza, falta de redes sociales, ingratitud e irresponsabilidad. El adulto mayor en algunas familias, es rechazado, aislado, se les ve frecuentemente como un estorbo del que tratan de deshacerse, ello es consecuencia del ritmo de vida que les impone la sociedad a las familias, donde dedican poco tiempo a la atención y cuidados que aquellos requieren, con los que lo priva de estímulos muy importantes para que conserven su salud, así como el afecto, la seguridad y el respeto, creándoles con ello un sentimiento de inutilidad. El problema de los adultos mayores, es que desde la misma familia y hasta la sociedad se les inutiliza, los hacen a un lado porque ya no producen, ya no pueden realizar las tareas que cumplían. Por lo que en muchas ocasiones se hunden en una depresión que los hace sentir que ya sólo deben esperar a que llegue la muerte.<sup>9</sup>

El deterioro de la salud psicológica en los adultos mayores puede deberse a que es una etapa de vida de pérdidas, como el cese de la actividad productiva, la separación de los hijos, la muerte del cónyuge y de los padres, cambio involuntario de residencia y, en general, la ausencia de bienestar. Todas estas situaciones pueden predisponer a la depresión, sin embargo no es adecuado considerarla como parte del envejecimiento normal<sup>10</sup>

Los factores psicológicos de riesgo son similares en todos los grupos de edad e incluyen la culpa y los patrones de pensamiento negativos. La disfunción cognitiva es otro factor de riesgo importante. Además de los factores físicos y psicosociales se pueden mencionar algunos factores etiológicos que condicionan una serie de cambios en el sistema nervioso central, transformaciones propias del envejecimiento como: la disminución de las neuronas en regiones específicas (sistema límbico) de cremento de neurotransmisores e incremento de su catabolia por aumento de la monoaminoxidasa cerebral, entre otros.<sup>11</sup>

La depresión es un factor de riesgo importante para otras enfermedades. Los pacientes geriátricos presentan una alta prevalencia de desnutrición y depresión. Existe una asociación directa entre depresión como factor de riesgo para desnutrición. Por esto es importante evaluar la presencia o ausencia de depresión como parte integral de la evaluación del estado nutricional en pacientes geriátricos.<sup>12</sup>

Como factores protectores se ha observado que el factor más relevante que protege de padecer sintomatología depresiva es el nivel de estudios. Además, en el caso de los varones, el hecho de contar con una pareja en sus vidas ha resultado ser un factor protector contra la presencia de sintomatología depresiva. Las consecuencias de la pérdida son más severas para los varones que para las mujeres, debido a diferentes implicaciones socioemocionales e instrumentales del matrimonio. A medida que aumenta la edad disminuye el riesgo de presentar síntomas depresivos. El estado de salud es el mejor predictor de los síntomas depresivos. La discapacidad tanto básica como instrumental está fuertemente asociada con la sintomatología depresiva en las mujeres.<sup>13</sup>

La mayor prevalencia de depresión es en la mujer, algunas de las razones ofrecidas son la mayor supervivencia de la mujer, el gradiente socioeconómico entre mujeres y hombres, el trabajo de casa y la continua responsabilidad del cuidado de otras personas que contribuirían a que las mujeres tengan peor salud mental y mayor necesidad de cuidados. Aun así, las causas específicas de la depresión en la mujer no son claras.<sup>14</sup>

Determinadas afecciones se relacionan con una mayor frecuencia de depresión, como la insuficiencia cardiaca se ha descrito una mayor prevalencia de depresión que en la población general. Aproximadamente un tercio de los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular desarrollan depresión. La diabetes tipo 2 per se no parece incrementar el riesgo de depresión, aunque sí pueden hacerlo sus complicaciones o comorbilidades.<sup>15</sup>

La depresión en adultos mayores se manifiesta de manera insidiosa, con menor intensidad en sus síntomas; los profesionales de la salud y los pacientes tienen dificultades para identificarla; se confunde con enfermedades como: hipotiroidismo (50%), infarto del miocardio (45%), diabetes (8-28%), enfermedad de Alzheimer (60%), enfermedad cerebrovascular (26-50%), y deficiencia de ácido fólico o vitamina B12.<sup>16</sup>

Los síntomas depresivos que se presentan con mayor frecuencia en los adultos mayores son estado de ánimo deprimido (disforia), culpa excesiva o inapropiada, disminución de placer (anhedonia), fatiga, agitación/retardo psicomotor, alteraciones del sueño, alteración del apetito y pensamiento o idea suicida.<sup>17</sup>

Los principales trastornos del estado emocional en el adulto mayor, son Depresión grave, que es el período de dos semanas de un estado de ánimo deprimido o irritable o una marcada disminución en el interés o placer por las actividades habituales, junto con otros signos de un trastorno del estado de ánimo. Distimia (trastorno distímico) es el estado de ánimo crónico, bajo, deprimido o irritable que perdura por lo menos durante un año. El síndrome maniaco depresivo (trastorno bipolar) debe existir por lo menos un episodio de estado de ánimo deprimido o irritable y un período de un estado de ánimo maniaco (persistentemente elevado). Trastorno del estado de ánimo debido a una condición médica general, muchas enfermedades médicas (incluyendo el cáncer, lesiones, infecciones y enfermedades médicas crónicas) pueden desencadenar los síntomas de depresión. Trastorno del estado de ánimo producido por sustancias, síntomas de depresión debidos a los efectos de la medicación, abuso de drogas, exposición a toxinas u otras formas de tratamiento.<sup>18</sup>

En el DSM-IV señala que el diagnóstico de depresión mayor se debiera establecer siempre que se cumplan los criterios de gravedad, duración y ansiedad/ alteración para ese trastorno, aun cuando el estado depresivo sea la respuesta comprensible a un factor psicosocial estresante. En los criterios del DSM-V para el trastorno depresivo mayor señala que «las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas por un desastre natural, una enfermedad médica grave o discapacidad) pueden consistir en los sentimientos de lamentación de tristeza intensa por la pérdida, insomnio, apetito deficiente y pérdida de peso, que pueden ser parecidos a un episodio depresivo, y que el determinar si existe un episodio depresivo mayor (o sólo una respuesta normal a la pérdida). Inevitablemente exige la aplicación de un criterio clínico basado en los antecedentes del individuo y las normas culturales en torno la expresión del sufrimiento en el contexto de la pérdida. Lo define como cuando se manifiestan por dos semanas consecutivas un estado de ánimo depresivo, o pérdida del interés o placer.<sup>19</sup>

En cuanto al diagnóstico diferencial, las enfermedades psiquiátricas como el trastorno de ansiedad, el abuso de sustancias el trastorno bipolar o los trastornos de personalidad son algunos de los diagnósticos diferenciales. Ante la presencia de fatiga o pérdida de peso deberá descartarse la diabetes mellitus, la enfermedad tiroidea, las neoplasias o la anemia.<sup>20</sup>

En el tratamiento, el primer paso constituye una valoración médica completa, para descartar enfermedades médicas o consumo de sustancias, ya que estas condiciones pueden provocar los mismos síntomas que la depresión. El próximo paso sería la evaluación realizada por un profesional en salud mental. Los cambios fisiológicos aunados al aumento en el número de diagnósticos y fármacos consecuentes, colocan a los ancianos ante el riesgo de efectos adversos y de interacciones medicamentosas. El paciente anciano parecer ser de 2 a 3 veces más presa fácil de reacciones adversas, si se compara con adultos más jóvenes. El antidepresivo ideal para usar en ancianos debiera no ser cardiotoxico, carecer de efectos ortostáticos y tener bajo poder sedativo. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) constituyen el tratamiento de primera línea. Entre éstos se encuentran la fluoxetina (Prozac), la sertralina (Zoloft) y varios más. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, como la venlafaxina (Efexor) son similares a los ISRS, siendo la segunda opción de tratamiento. Los antidepresivos tricíclicos son terapia de tercera línea debido a los efectos anticolinérgicos, posibles efectos sobre el ortostatismo y afecta la conducción cardíaca. Cuando la depresión se acompaña de síntomas psicóticos se puede añadir un neuroléptico atípico, tomando en cuenta que en general en los ancianos es frecuente obtener respuesta a dosis más bajas. Dados los cambios que se presentan con el aumento de la edad y que afectan al tratamiento farmacológico han de seguirse lineamientos generales para la prescripción de medicación en el anciano basados en consideraciones fisiológicas y farmacológicas elementales: Iniciar a dosis bajas, incrementar en forma gradual y en pequeñas dosis, usar el menor número posible de medicamentos, anticipar y cuidar de efectos adversos e interacciones farmacológicas. La terapia electroconvulsiva está indicada en ancianos con depresión refractaria, depresiones graves con síntomas psicóticos, riesgo de suicidio y pacientes que han mejorado anteriormente con esta terapia. La psicoterapia es útil cuando existen factores psicosociales identificados en el origen o mantenimiento de la depresión o cuando los fármacos son poco eficaces o mal tolerados. El educar a los pacientes y familiares acerca de la depresión es la base de un tratamiento exitoso, ya que este padecimiento continúa siendo un estigma en muchas comunidades y culturas. La educación ayuda a los pacientes a entender que su estado se debe a una combinación de factores heredados, así como a estresantes personales y del ambiente.<sup>21</sup>

Actualmente, el tratamiento más utilizado en la intervención de la depresión en el adulto mayor es la psicoterapia, algunos tipos de terapia son las de corte cognitivo conductual, en donde los terapeutas trabajan con los pacientes para cambiar sus pensamientos irracionales, iniciando con la identificación de pensamientos automáticos y posteriormente modificando esquemas desadaptativos.<sup>22</sup>

El médico familiar en su labor cotidiana debería detectar la presencia de depresión en los adultos mayores y realizar posteriormente intervenciones psicosociales oportunas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y a disminuir la morbilidad y mortalidad. Si resulta necesario canalizar a los pacientes al segundo nivel de atención médica, ya sea con psicología y psiquiatría, e incorporarlos a grupos de apoyo y/o clubes los cuales forman parte de un tratamiento integral.<sup>23</sup>

Se requieren al menos de 2 a 6 meses de terapia para obtener una respuesta clínica con cualquier fármaco antidepresivo. La recuperación de un episodio depresivo toma de 6 a 12 meses. Un 54 a 84% de los pacientes se recuperan, de un 12 a 24 % recaen y un 4 a 28 % permanecen enfermos. La presencia de depresión con deterioro cognitivo asociado es un factor frecuente predictivo para demencia.<sup>24</sup>

Las estrategias preventivas, como para cualquier enfermedad, están categorizadas en tres niveles: prevención primaria, que busca disminuir la incidencia de depresión; prevención secundaria, cuyo objetivo es disminuir la prevalencia de la depresión, y prevención terciaria, que pretende disminuir la recurrencia de la depresión.<sup>25</sup>

Para la evaluación de la depresión en ancianos existen herramientas como la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Esta escala cuenta con una versión corta en español de quince reactivos, cuenta con 10 preguntas afirmativas, y 5 negativas, y cada respuesta errónea equivale a un punto. La puntuación de 0 a 5 se evalúa como normal, de 6 a 9 puntos como depresión leve, y más de 10 puntos como depresión establecida.<sup>26</sup>

Fue diseñada por Sheikh y Yesavage en 1986, su ventaja radica en que la versión para ancianos evita en lo posible la disminución de la concentración y el cansancio en el adulto mayor, además no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo: esperanza, deseos de muerte y capacidad de disfrute.<sup>27</sup>

La escala de depresión geriátrica de Yesavage y Brink, brinda una sensibilidad de 85 % y una especificidad de 95 %. Esta herramienta la puede administrar el médico, el enfermero o el trabajador social.<sup>28</sup>

Su administración sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad.<sup>29</sup>

## CUESTIONARIO PARA DEPRESIÓN DEL ENASEM.

En el 2007 el cuestionario para detectar depresión se originó a partir de un panel de expertos conformado por personal del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y por investigadores de las universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin de Estados Unidos de América. Estudios científicos sobre el tema, así como experiencias previas en México, constituyeron el marco de referencia. El Cuestionario de tamiz para depresión ENASEM consiste en nueve reactivos, con respuestas “sí” o “no”; se aplicó a través de entrevista directa y tomando en cuenta si el participante había sentido, en la última semana, lo que en cada una de las preguntas se buscaba saber. Este test se comparó con la escala de depresión geriátrica de Yasevage. Los sujetos para este estudio fueron seleccionados a partir de un muestreo no probabilístico entre los asistentes a la consulta de geriatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), entre noviembre de 2004 y diciembre de 2005. Se estimó la muestra en 199 individuos, misma que permite asegurar, al menos, una correlación mínima entre los instrumentos aplicados de 0.60, con un error alfa de 0.05. El punto de corte es de cinco puntos, es decir con cinco o más ítems se detecta la depresión. El puntaje medio en la EDG fue de  $7.4 \pm 3.8$  y, para el cuestionario del ENASEM, de  $5.1 \pm 2.7$ . El cuestionario del ENASEM estuvo significativamente correlacionado con el criterio clínico de depresión ( $U = 2040.5$ ,  $p < 0.001$ ). La correlación entre el cuestionario del ENASEM y la EDG fue de moderada a elevada ( $r_s = 0.77$ ,  $p < 0.001$ ). La consistencia interna del cuestionario ENASEM obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.74. La correlación prueba contra prueba por el coeficiente de Spearman fue elevada ( $r_s = 0.889$ ,  $p < 0.001$ ), y el CCI resultó excelente (0.933; intervalo de confianza (IC) de 95% entre 0.870 y 0.965,  $p < 0.001$ ). El instrumento se validó utilizando los criterios clínicos de depresión según el DSM-IV-TR como estándar ideal, y la EDG-15 como instrumento que mide la misma entidad clínica. Además, su validez de contenido quedó establecida por un consenso de expertos para el contexto de la población mexicana, misma que está representada en el ENASEM. El cuestionario ENASEM tiene una sensibilidad 80.7%, lo cual es adecuado para la detección temprana, la especificidad obtenida en el cuestionario ENASEM es del 68.7%. El Cuestionario de tamiz para depresión ENASEM es válido y confiable para cribar la depresión en adultos mayores. Se recomienda su aplicación en futuras investigaciones epidemiológicas que permitan consolidarlo como una opción válida para su propósito. Con la validación del cuestionario, se podrá estimar la prevalencia de depresión en la comunidad mexicana de adultos mayores.<sup>30</sup>

## **ANTECEDENTES.**

### **Depresión en el anciano.**

La escala de depresión de Yesavage, ya se ha utilizado en estudios en México, en el trabajo realizado por Cervantes et al se estudió a usuarios derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de 60 años y más en cinco unidades de medicina familiar, se utilizó la versión de 15 preguntas en español, encontraron que el 28.3% de su población estudiada presento depresión.<sup>31</sup>

Por otro lado, Márquez, Soriano, García y Falcón, identificaron la frecuencia y factores de riesgo asociados a la depresión en los adultos mayores en una unidad de primer nivel en la zona urbana de la Ciudad de México. La muestra estuvo compuesta por 384 adultos mayores de 60 años.

Las variables identificadas fueron: sexo, edad, situación laboral, dependencia económica, función familiar, pluripatología y actividad física.

Se evaluó el estado depresivo con la escala geriátrica de Yasavage y Brink. Los principales resultados de esta investigación fueron que la frecuencia de depresión se dio en un 72,1% de los sujetos participantes, se corrobora la mayor frecuencia en mujeres, jubilados, pensionistas, sedentarios, con familias disfuncionales y con dependencia económica.<sup>32</sup>

## JUSTIFICACION

El incremento paulatino en la proporción de adultos mayores en nuestro país es significativo, de acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), para 2030, el porcentaje de adultos mayores en nuestro país será de 20.4 millones.

Esto justifica el interés para estudiar a esta población, y sus patologías, las cuales suelen generar discapacidad. Entre las más importantes se encuentran las alteraciones de la salud mental las cuales representan una contribución importante a la carga de las enfermedades crónicas en cuanto a costos y discapacidad.

Los problemas de salud mental son responsables de 31% de los años de vida perdidos por discapacidad entre las enfermedades no transmisibles; la depresión es la segunda causa de discapacidad para los adultos en general. La prevalencia de depresión es ya un problema de salud pública que debe ser atendido.

Aunque la depresión representa ya un problema de salud importante, esta es subdiagnosticada en esta población en específico, esto es debido en parte al contexto sociocultural de nuestro país, ya que esta patología se observa como algo común y normal dentro del proceso de envejecimiento de las personas, lo que provoca la falta de interés por el diagnóstico y tratamiento a las personas que la padecen, lo cual puede traer consigo consecuencias dentro del panorama de la salud del paciente así como dentro del sistema biopsicosocial de las personas, como por ejemplo una disminución en la calidad de vida, así como la suma de otras comorbilidades, que acortan la esperanza de vida de los pacientes.

Todas estas consecuencias dan motivo por el cual se desea realizar este trabajo, para conocer la frecuencia de la depresión en los pacientes ancianos del Hospital General de Zona /Unidad de Medicina Familiar número 8, con el fin de poder detectar con tiempo los indicios de esta enfermedad, y así brindar a los pacientes un manejo multidisciplinario e integral oportuno, para mejorar su calidad de vida y para tratar de concientizar a la población en general y crear redes de apoyo familiar y asistencial, para así evitar la perpetuación y complicaciones que se pueden dar secundarias a la presencia de esta patología, todo con el fin de brindar una mejor calidad de vida para los pacientes de este grupo de edad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El aumento de la población anciana a nivel mundial es importante, al avanzar la edad las capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud aumentan. La depresión se inscribe en estos últimos y constituye, además, uno de los padecimientos más frecuentes y discapacitantes, asociado con una alta mortalidad. La depresión en el adulto mayor es una patología frecuente a nivel mundial que en muchas ocasiones no se logra identificar de manera correcta, ya que se ve como una situación común en este grupo de edad. En la actualidad el incremento poblacional de este grupo de edad en México, requiere que se implementen planes diagnósticos y de tratamiento integrales, a fin de lograr un mayor diagnóstico y apoyo para esta patología en dicha población, y concientizar a sus familiares acerca de este padecimiento para que se elaboren redes de apoyo familiares, para su manejo y lograr la disminución de este padecimiento en dicha población, además de evitar el sobreuso de los recursos hospitalarios lo que significa en ahorro para otros recursos de la salud institucional. El conocer que tan frecuente se da este padecimiento en nuestra población es importante, por lo cual se plantea la siguiente pregunta a investigar:

**¿Cuál es la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar N°.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?**

## **OBJETIVO**

Evaluar la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

## HIPÓTESIS

Se realizó por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no ameritan la realización de hipótesis.

### **Hipótesis Nula ( $H_0$ ):**

No existe depresión en pacientes ancianos en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar N°.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

### **Hipótesis Alterna ( $H_1$ ):**

Existe depresión en pacientes ancianos en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar N°.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

## MATERIALES Y MÉTODOS

### TIPO DE INVESTIGACION

El presente trabajo es un estudio de tipo:

1. Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:

**PROSPECTIVO.**

2. Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL.**

3. Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados:

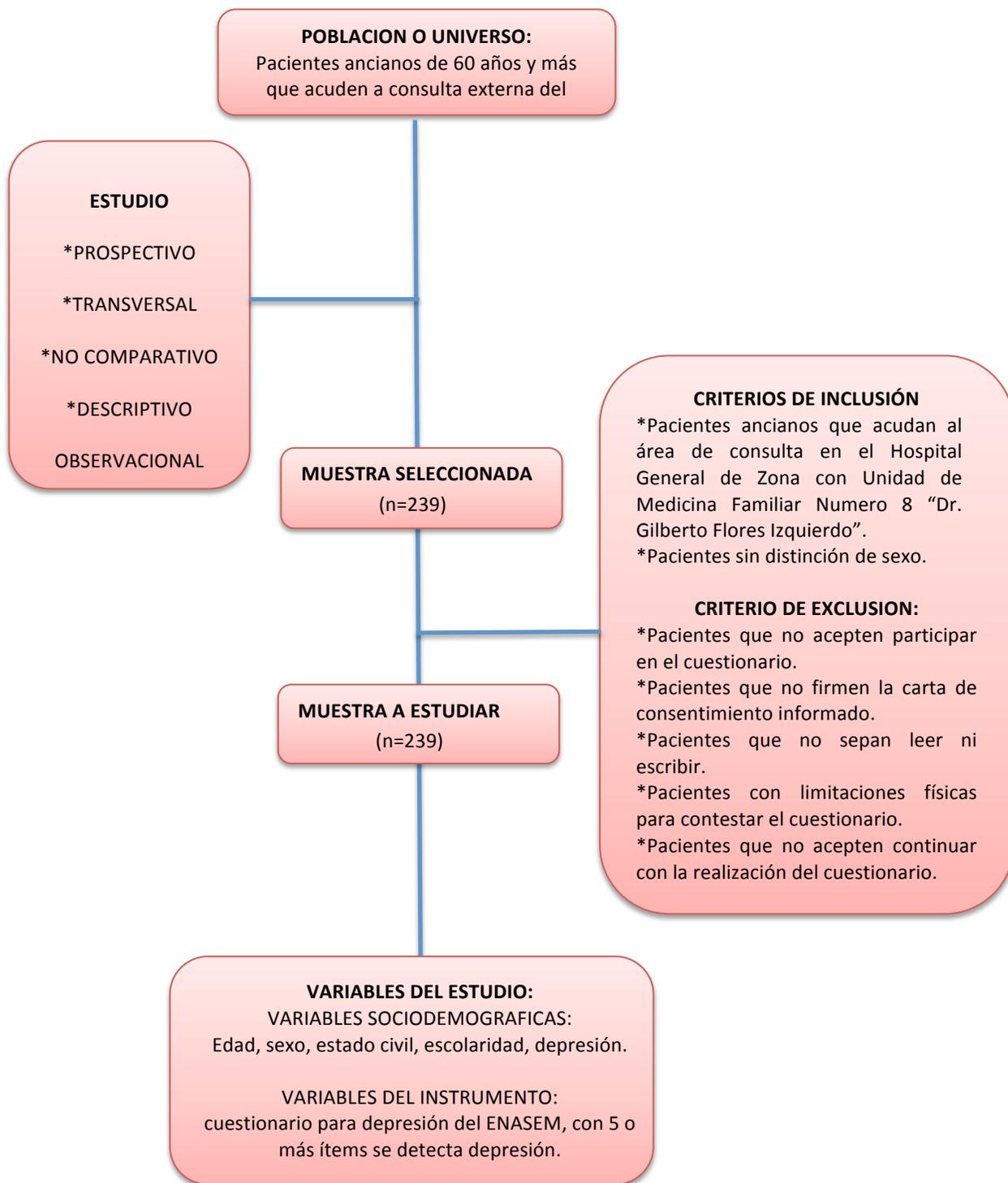
**NO COMPARATIVO.**

4. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados:

**DESCRIPTIVO.**

5. De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL.**

## DISEÑO DE LA INVESTIGACION



Elaboró: Dra. Mónica Elizabeth Herrera Navas.

## **POBLACIÓN O UNIVERSO**

El estudio se realizó en pacientes ancianos de 60 años y más que acudieron a la a consulta externa en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar Numero 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Tipo de población Urbana.

## **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN**

La investigación se efectuó en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar Numero 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que se encuentra en Av. Río Magdalena No 289, Colonia Tizapán San Ángel, C.P. 01090, Delegación Álvaro Obregón en la Ciudad de México. Se realizó en el periodo comprendido de 3 años.

## **MUESTRA:**

El tamaño de la muestra necesaria para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria fue de 239 pacientes, con un intervalo de confianza de 99%. Con una proporción del 0.10. Con una amplitud total de intervalo de confianza 0.10.

### **Definición de conceptos del tamaño de la muestra**

N=Número total de individuos requeridos

Z alfa =. Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P.= Proporción esperada (1-P) = Nivel de confianza del 99%.

W= Amplitud del intervalo de confianza.

$$N = \frac{4 Z^2 P (1 - P)}{W^2}$$

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes ancianos de 60 años o más que acudieron al área de consulta externa, en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar Numero 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Pacientes sin distinción de sexo.

### **CRITERIOS EXCLUSIÓN**

Pacientes que no firmaron la carta de consentimiento informado.

Pacientes que no sabían leer ni escribir.

Pacientes con limitaciones físicas para contestar el cuestionario.

Pacientes que no aceptaron continuar con la realización del cuestionario.

Pacientes con diagnóstico de depresión, o en tratamiento por depresión.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Pacientes que contestaron de forma incompleta los cuestionarios.

Pacientes que duplicaron respuestas.

## **VARIABLES**

### **VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:**

- 1.- Edad
- 2.- Sexo
- 3.- Escolaridad
- 4.- Ocupación
- 5.- Estado civil
- 5.- Religión
- 6.- Con comorbilidad

### **VARIABLES DEL TEST O INSTRUMENTO**

Cuestionario para depresión del ENASEM.

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Pacientes ancianos.

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

Depresión

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Pacientes ancianos: De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas (ONU) son las personas de 60 años o más de edad.

#### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Depresión: Alteración primaria de las emociones cuyos rasgos más sobresalientes reflejaban inhibición y deterioro funcional, de acuerdo al DSM V cuando se manifiestan por dos semanas consecutivas un estado de ánimo depresivo, o pérdida del interés o placer.

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

Edad	Tiempo que un ser humano ha vivido en años a partir de su nacimiento.
Sexo	Género al que pertenece un individuo.
Ocupación	Forma en que una persona dedica tiempo.
Estado civil	Estado en que una persona se encuentra legalmente.
Escolaridad	Nivel de educación escolar que tienen una persona.
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.

Elaboró: Mónica Elizabeth Herrera Navas Residente de MF.

## DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES CARACTERISTICAS GENERALES

Nombre de variables	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de las variables
Edad	Cuantitativa	Continua	Años, números enteros
Rango de edad	Cuantitativa	Continua	1= 60 a 70 años 2= 71 a 80 años 3= 81 o más años
Sexo	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1=Femenino 2=Masculino
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1=Analfabeta 2=Primaria 3=Secundaria 4=Preparatoria 5=Licenciatura 6=Posgrado
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1= Empleado 2= Desempleado 3=Jubilado
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1=Soltero 2=Casado 3=Divorciado 4=Viudo 5=Unión libre
Religión	Cualitativa	Nominal	1=Con religión 2=Sin religión.

Elaboró: Mónica Elizabeth Herrera Navas Residente de MF.

## DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEL TEST O INSTRUMENTO

Nombre de variables	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de las variables
Cuestionario para depresión del ENASEM	Cuantitativa	Nominal	1=0 a 4 puntos = Sin depresión.  2=5 a 9 puntos = Con depresión.
Elaboró: Mónica Elizabeth Herrera Navas Residente de MF.			

## **DISEÑO ESTADÍSTICO**

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 23 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de distribución de frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia la cual es de 12.3%, el tamaño de la muestra necesaria para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria será de 239 pacientes, con un intervalo de confianza de 99%. Con una proporción del 0.10. Con una amplitud total de intervalo de confianza 0.10.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN**

### **Cuestionario para depresión del ENASEM.**

En el 2007 el cuestionario para detectar depresión se originó a partir de un panel de expertos conformado por personal del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y por investigadores de las universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin de Estados Unidos de América. Estudios científicos sobre el tema, así como experiencias previas en México, constituyeron el marco de referencia.

El Cuestionario de tamiz para depresión ENASEM consiste en nueve reactivos, con respuestas “sí” o “no

En los adultos mayores mexicanos el cuestionario para depresión del ENASEM es el más adecuado ya que brinda una sensibilidad de 80.7% y una especificidad de 68.7 %.

Esta herramienta la puede administrar el médico, el enfermero o el trabajador social.

Es la única construida específicamente para adultos mayores mexicanos.

-Administración: El cuestionario deberá resolverse en un espacio no mayor de cinco minutos.

- Cuenta con 6 preguntas afirmativas, y 3 negativas.

-La puntuación; el punto de corte es de cinco puntos, es decir con cinco o más puntos se detecta depresión.

## **MÉTODO DE RECOLECCIÓN**

Se explico e invito a participar en el proyecto de investigación, de forma individual y verbal a los pacientes ancianos que se encontraron en el área de consulta externa del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar número 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, además se les proporcionó el consentimiento informado y una vez que lo leyeron, aceptaron y firmaron, se les otorgó a los participantes los cuestionarios para que lo contestaran en un tiempo máximo de 10 minutos. Se creó una hoja para la recolección de las variables sociodemográficas, esta recolección se realizó en un tiempo aproximado de 5 minutos. Posteriormente se realizó la recolección de las encuestas y el concentrado de la información en una hoja de trabajo de Excel, posteriormente se realizó el análisis de datos con el Programa SPSS de Windows.

## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS**

### **Control se sesgos de información**

Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable para la realización del marco teórico.

### **Control de sesgos de selección:**

Se calculó el tamaño de la muestra necesaria para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria de 239 pacientes, con un intervalo de confianza de 99%. Con una proporción del 0.10. Con una amplitud total de intervalo de confianza 0.10.

### **Control de sesgos de medición:**

Se aplicó el cuestionario de forma individual a los pacientes ancianos que acudieron al área de consulta externa del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar número 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Los pacientes respondieron el cuestionario sin ayuda de terceras personas, para evitar la manipulación de las respuestas.

En caso de que el encuestado haya realizado la pregunta sobre el significado de alguna palabra, se le dio la definición de dicha palabra.

El examinador examinó el cuestionario para asegurarse de que los pacientes solo hayan seleccionado una respuesta a cada pregunta del cuestionario.

### **Control de sesgos de análisis:**

Los resultados se analizaron mediante el programa validado: S.P.S.S versión evaluación 22 que sirvió para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes.

Para minimizar errores en el proceso de captura de información se verificaron los datos recabados.

No se manipularon los resultados con la intención de lograr objetivos de conclusiones.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN SUR CDMX  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.  
HGZ/UMF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

TÍTULO DEL PROYECTO: **EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ANCIANOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

### 2016 -2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPTESIS			X									
PROPOSITOS				X								
DISEÑO METODOLOGICO					X							
ANALISIS ESTADISTICO						X	X					
CONSIDERACIONES ETICAS								X				
RECURSOS									X			
BIBLIOGRAFIA									X			
ASPECTOS GENERALES										X		
ACEPTACION											X	X



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN SUR CDMX  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.  
HGZ/UMF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

TÍTULO DEL PROYECTO: **EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ANCIANOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

### 2017-2018

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2018	ENE 2018	FEB 2018
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X											
RECOLECCION DE DATOS	X	X	X									
ALMACENAMIENTO DE DATOS			X	X								
ANALISIS DE DATOS				X								
DESCRIPCION DE DATOS					X							
DISCUSIÓN DE DATOS						X	X					
CONCLUSION DEL ESTUDIO							X					
INTEGRACION Y REVICION FINAL								X				
REPORTE FINAL									X			
AUTORIZACIONES										X		
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACION												X

## **RECURSOS MATERIALES, FÍSICOS, HUMANOS Y DE FINANCIAMIENTO**

### **Recursos Físicos:**

El trabajo se realizó en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N°8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

### **Recursos Humanos:**

Para la realización de este proyecto se contó con la participación de un investigador, quien fue el aplicador del cuestionario y recolectó los datos. Participó un asesor quien dirigió la investigación.

### **Recursos Materiales:**

Se utilizó una computadora portátil, una USB para el almacenamiento de la información recolectada, se realizó el análisis estadístico por medio del programa SPSS de Windows, servicio de fotocopiado para reproducir el cuestionario, impresora, plumas.

### **Financiamiento:**

Los gastos fueron cubiertos por el médico residente de Medicina Familiar investigador.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se apega a la declaración de Helsinki fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

No desobedece a la ley general de salud, se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. El protocolo denominado **“EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ANCIANOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**, se encuentra en anexos. (Anexo 3)

El estudio estará bajo la consideración del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (NORMA Oficial Mexicana NOM-012- SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

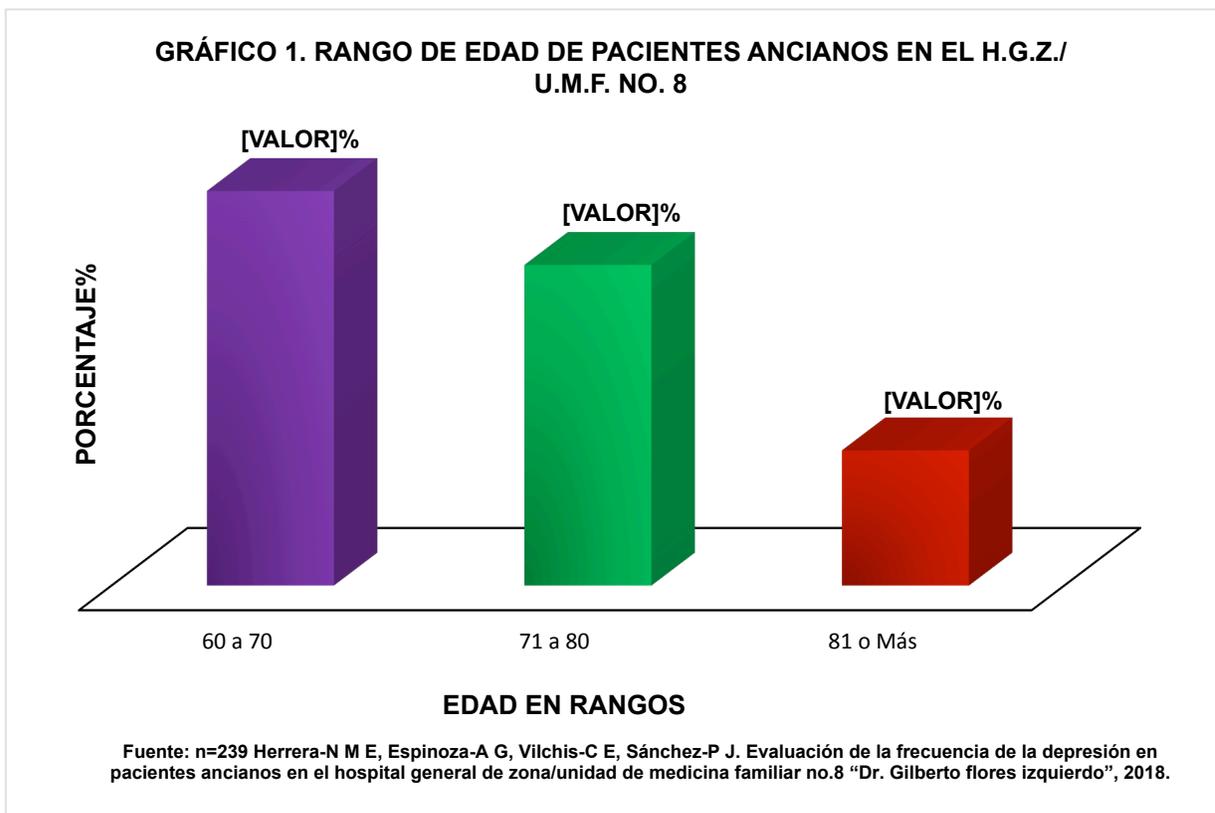
## RESULTADOS

- Se estudió a 239 pacientes ancianos en el HGZ/UMF No. 8. La media de edad fue de 72.82 años con una desviación estándar de 7.23 años, un valor mínimo 60 años y valor máximo de 96 años.
- La categoría de rango de edad mostró: 111 (46.4%) se encontraron dentro del rango de 60 – 70 años, 90 (37.7%) en el rango de 71 – 80 años y de 81 o más fueron 38 (15.9 %). (Ver tabla y gráfica 1)
- En la sección de sexo se observó 148 (61.9%) fueron mujeres y 91 (38.1%) fueron varones. (Ver tabla y gráfica 2)
- De acuerdo con la escolaridad, se encontró: 104 (43.5%) cursaron primaria, 43 (18%) secundaria, 49 (20.5%) con preparatoria, 39 (16.3%) licenciatura y 4 (1.7%) posgrado. (Ver tabla y gráfica 3)
- En el rubro de ocupación se identificó: 41 (17.2 %) empleados, 84 (35.1%) desempleados y 114 (47.7%) jubilados. (Ver tabla y gráfica 4)
- Dentro de la sección de estado civil se encontró: 22 (9.2%) fueron solteros, 133 (55.6%) casados, 20 (8.4%) divorciados, 61 (25.5%) viudos y 3 (1.3%) en unión libre. (Ver tabla y gráfica 5)
- Se observo en el apartado de religión se reportó: 198 (82.8%) son católicos, 24 (10%) son cristianos, 8 (3.3) no practican ninguna religión y 9 (3.9%) tienen otra religión. (Ver tabla y gráfica 6)
- En el concepto de presencia de otras comorbilidades se estudió: 213 (89.1%) presentan otras comorbilidades, y 26 (10.9%) niegan padecerlas. (Ver tabla y gráfica 7)
- De acuerdo a la relación de presentación de depresión se encontró la siguiente información 56 (23.4%) presentaron depresión y 128 (92.1%) no presentaron depresión. (Ver tabla y gráfica 8)
- El apartado rango de edad y pacientes deprimidos, se analizó la siguiente información: presentaron depresión en el rango de edad de 60 a 70 años 21 (8.8%), mientras que no se encontró depresión en 90 (37.7%), en el rango de 71 a 80 años, se encontró con depresión 23 (9.6%) y sin depresión 67 (28%), en el rango de 81 o más años presentaron depresión 12 (5.0%) y sin depresión 26 (10.9%). (Ver tabla y gráfica 9)

- En la categoría sexo y pacientes deprimidos, se observó en el sexo femenino con depresión 41 (17.2%) y sin datos de depresión 107 (44.8%), en cuanto al sexo masculino con depresión 15 (6.3%) y sin depresión 76 (31.7%). (Ver tabla y gráfica 10).
- De acuerdo la sección escolaridad y pacientes deprimidos, se encontró con depresión en la población con primaria 30 (12.6%), sin depresión 74 (31%), en la población con secundario se encontró con depresión 13 (5.4%), y sin depresión 30 (12.6%), en el grupo de preparatoria se identificó con depresión 7 (2.9%), y sin depresión 42 (17.6%), los pacientes con licenciatura presentaron depresión 5 (2.1%) y sin depresión 34 (14.2%), mientras que en los pacientes con posgrado se detectó depresión en 1 (0.4%), y sin depresión 3 (1.3%) (Ver tabla y gráfica 11)
- Dentro de la categoría ocupación y pacientes deprimidos, se detectó en el grupo de empleados depresión en 10 (4.2%), y sin depresión 31 (13.0%), en el grupo de desempleados se evidenció depresión 19 (7.9%) y sin depresión 65 (27.2%), y en grupo de jubilados se encontró depresión 27 (11.3%), y sin depresión 87 (36.4%) (Ver tabla y gráfica 12)
- Se observó en la apartado estado civil y pacientes deprimidos, se analizó en el grupo de solteros con depresión 7 (2.9%), y sin depresión 15 (6.3%), en el grupo de casados se identificó con depresión 24 (10.0%), y sin depresión 109 (45.6%), en grupo de divorciados se encontró con depresión 6 (2.5%), y sin depresión 14 (5.9%), en el grupo de los viudos se evidenció con depresión 18 (7.5%), y sin depresión 43 (18%) y en el grupo de unión libre se encontró depresión 1 (0.4%), y sin depresión 2 (0.8%) (Ver tabla y gráfica 13).
- En la sección religión y pacientes deprimidos, se estudió con depresión en el grupo de católicos 46 (19.2%), y sin depresión 152 (36.6%), en los pacientes cristianos se detectó depresión 4 (1.7%), y sin depresión 20 (8.4%), en el grupo de pacientes sin ninguna religión presentaron depresión 3 (1.3%) y sin depresión 5 (2.1%) y en el grupo de pacientes con otra religión se evidencio depresión 3 (1.3%), y sin depresión 6 (2.5%) (Ver tabla y gráfica 14)
- De acuerdo a la categoría de otras comorbilidades y pacientes deprimidos, se identificó en el grupo de pacientes con otras comorbilidades depresión 53 (22.2%), y sin depresión 160 (66.9%), en el rubro de pacientes sin otras comorbilidades se detectó depresión en 3 (1.3%), y sin depresión 23 (9.6%). (Ver tabla y gráfica 15)

TABLA 1. Rango de edad de pacientes Ancianos en el HGZ/UMF No. 8		
Edad en rangos (años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
60 a 70	111	46.4
71 a 80	90	37.7
81 o Más	38	15.9
<b>TOTAL</b>	<b>239</b>	<b>100</b>

Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.



<b>TABLA 2. Sexo de pacientes Ancianos en el HGZ/UMF No. 8</b>		
<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Femenino</b>	148	61.9
<b>Masculino</b>	91	38.1
<b>Total</b>	239	100

Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

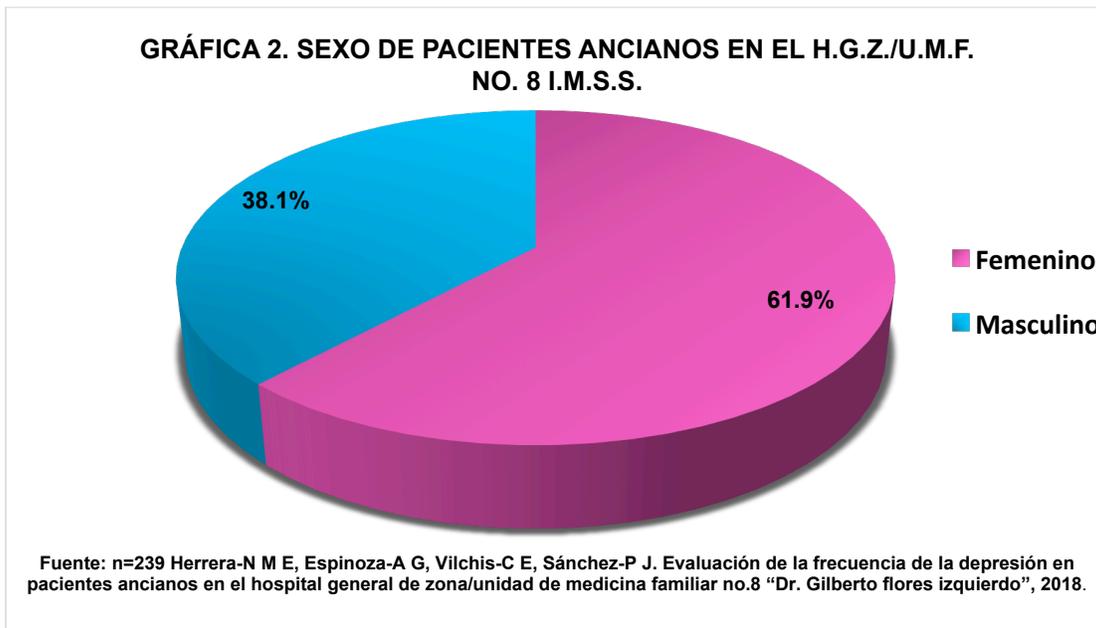


TABLA 3. Escolaridad de pacientes Ancianos en el HGZ/UMF No. 8		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	104	43.5
Secundaria	43	18.0
Preparatoria	49	20.5
licenciatura	39	16.3
Posgrado	4	1.7
<b>Total</b>	<b>239</b>	<b>100</b>

Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

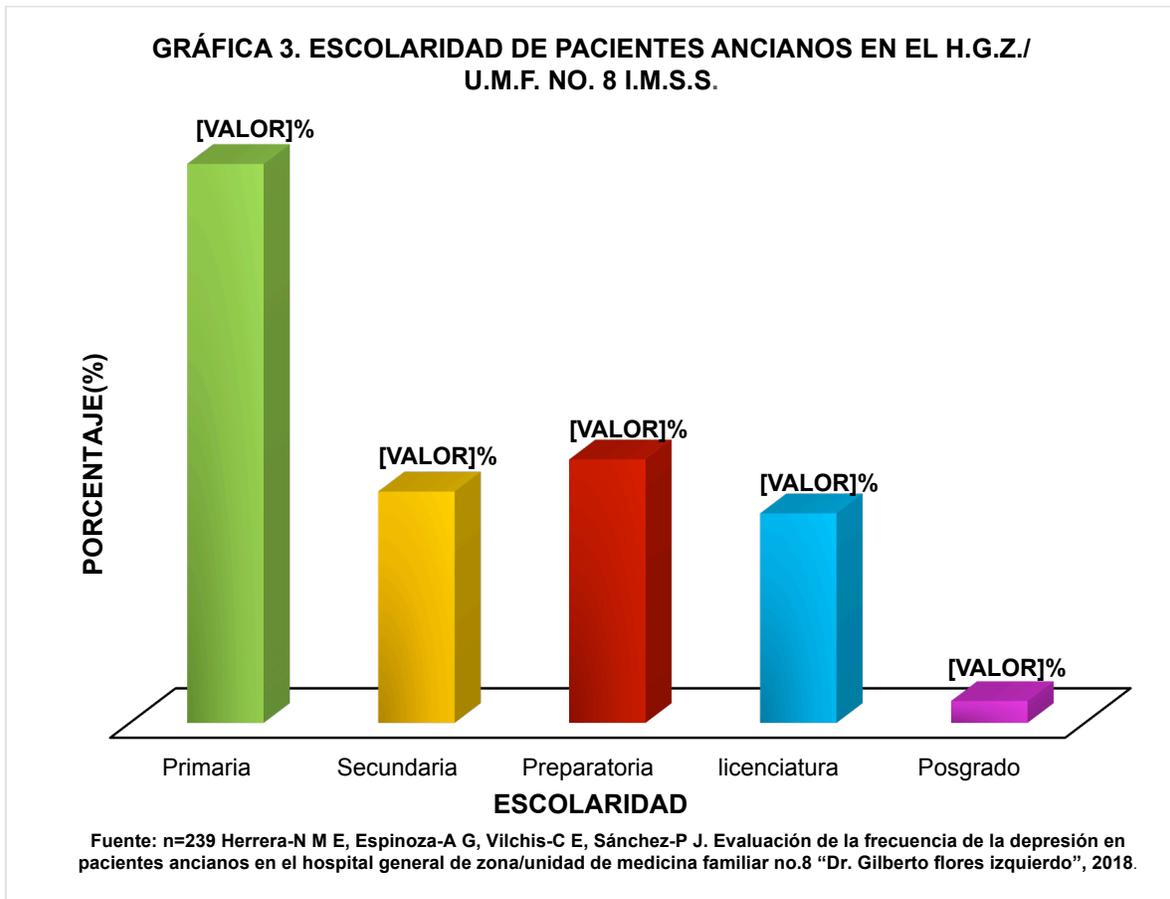


TABLA 4. Ocupación de pacientes Ancianos en el HGZ/UMF No. 8		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	41	17.2
Desempleado	84	35.1
Jubilado	114	47.7
<b>Total</b>	<b>239</b>	<b>100</b>

Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

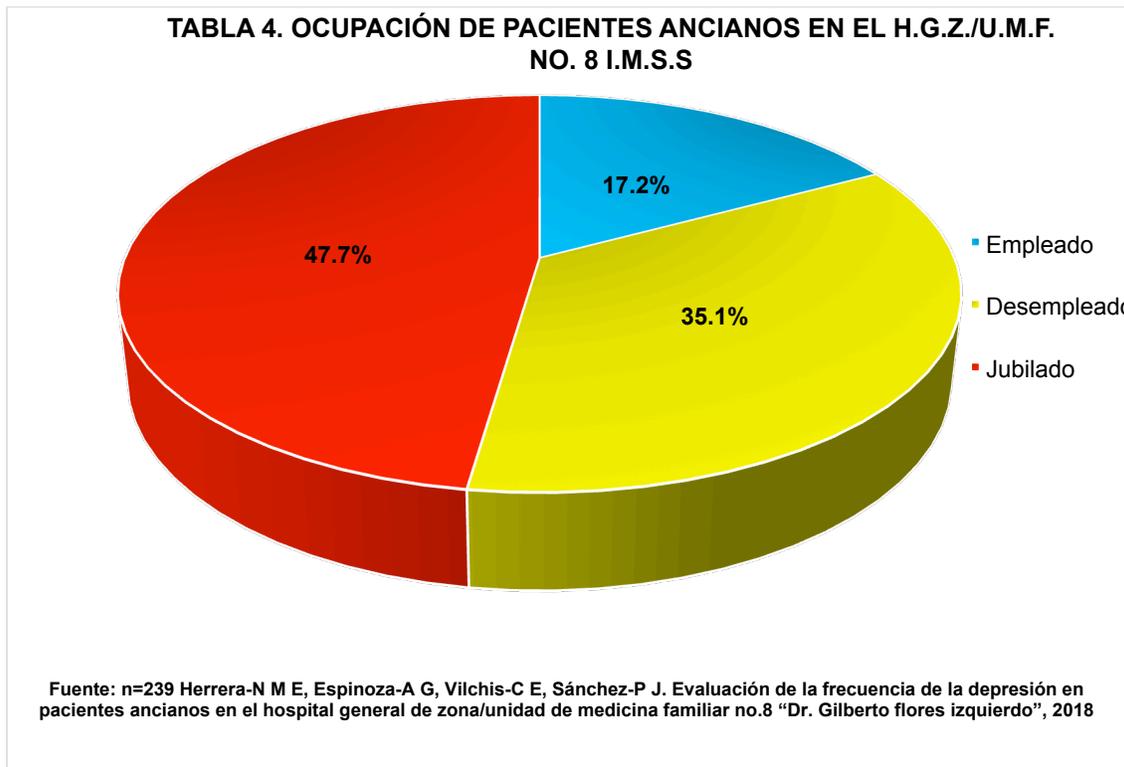
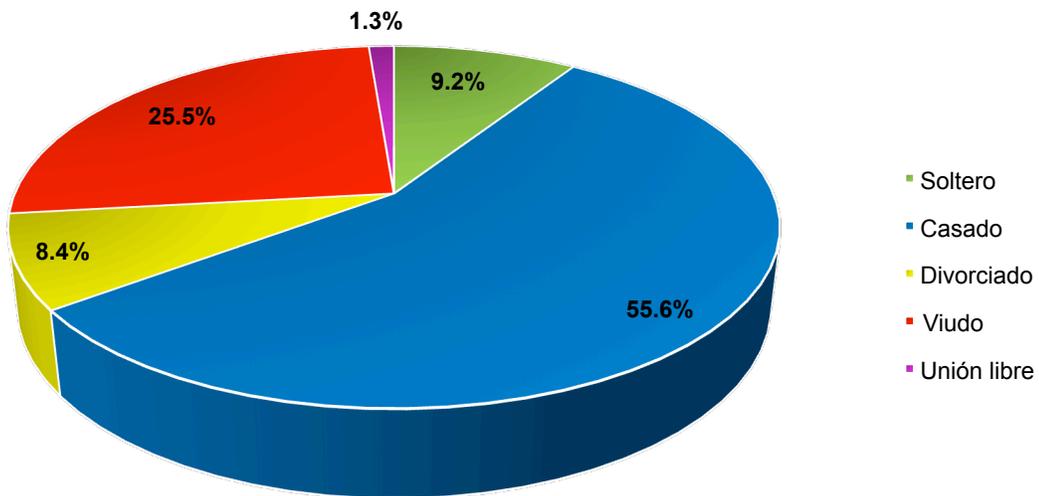


TABLA 5. Estado civil de pacientes Ancianos en el HGZ/UMF No. 8		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	22	9.2
Casado	133	55.6
Divorciado	20	8.4
Viudo	61	25.5
Unión libre	3	1.3
<b>Total</b>	<b>239</b>	<b>100.</b>

Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 5. ESTADO CIVIL DE PACIENTES ANCIANOS EN EL H.G.Z./ U.M.F. NO. 8 I.M.S.S

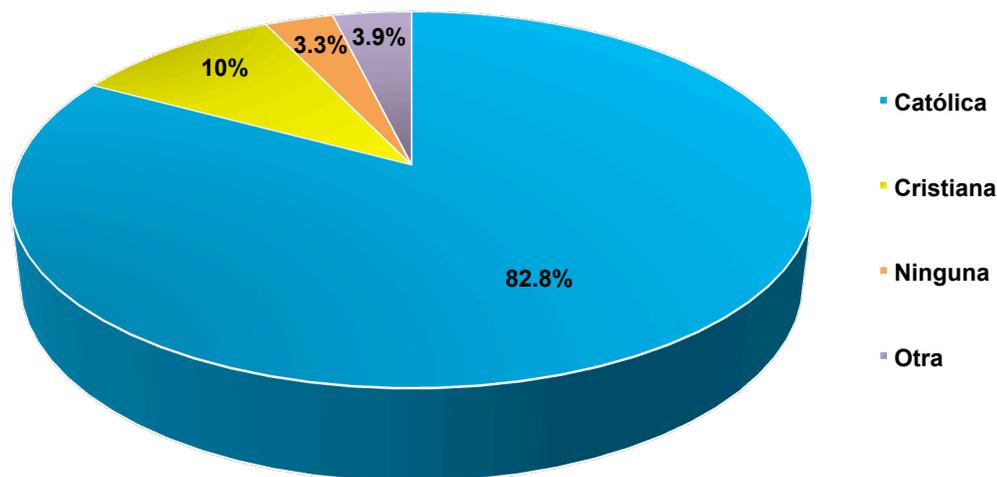


Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "dr. gilberto flores izquierdo", 2018

TABLA 6. Religión en pacientes Ancianos en el HGZ/UMF No. 8		
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Católica	198	82.8
Cristiana	24	10.0
Ninguna	8	3.3
Otra	9	3.9
<b>Total</b>	<b>239</b>	<b>100</b>

Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 6. RELIGIÓN DE PACIENTES ANCIANOS EN EL H.G.Z./U.M.F. NO. 8 I.M.S.S

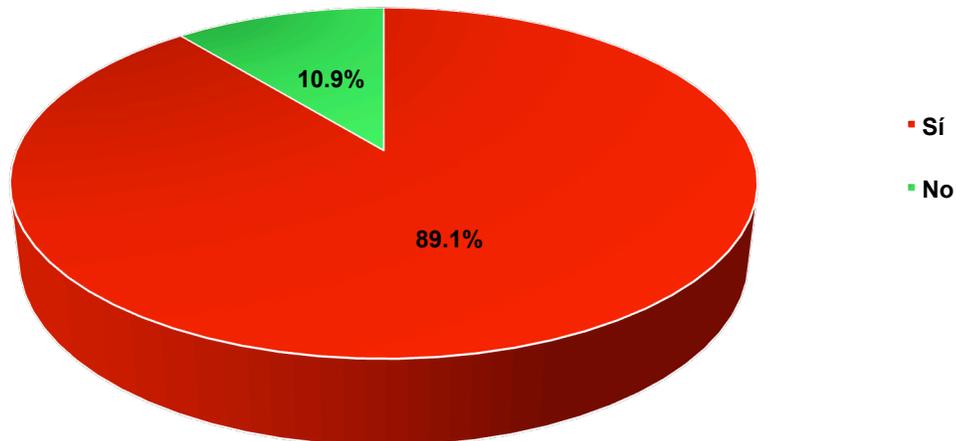


Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto flores izquierdo", 2018

<b>TABLA 7. Presencia de Otras comorbilidades en pacientes Ancianos en el HGZ/UMF No. 8</b>		
<b>Otras comorbilidades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Sí</b>	213	89.1
<b>No</b>	26	10.9
<b>Total</b>	239	100

Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

**GRÁFICA 7. PRESENCIA DE OTRAS COMORBILIDADES EB PACIENTES ANCIANOS EN EL H.G.Z./U.M.F. NO. 8 I.M.S.S**



Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto flores izquierdo", 2018

<b>TABLA 8. Depresión en pacientes Ancianos en el HGZ/UMF No. 8</b>		
<b>Depresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Sí</b>	56	23.4
<b>No</b>	183	76.6
<b>Total</b>	239	100

Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

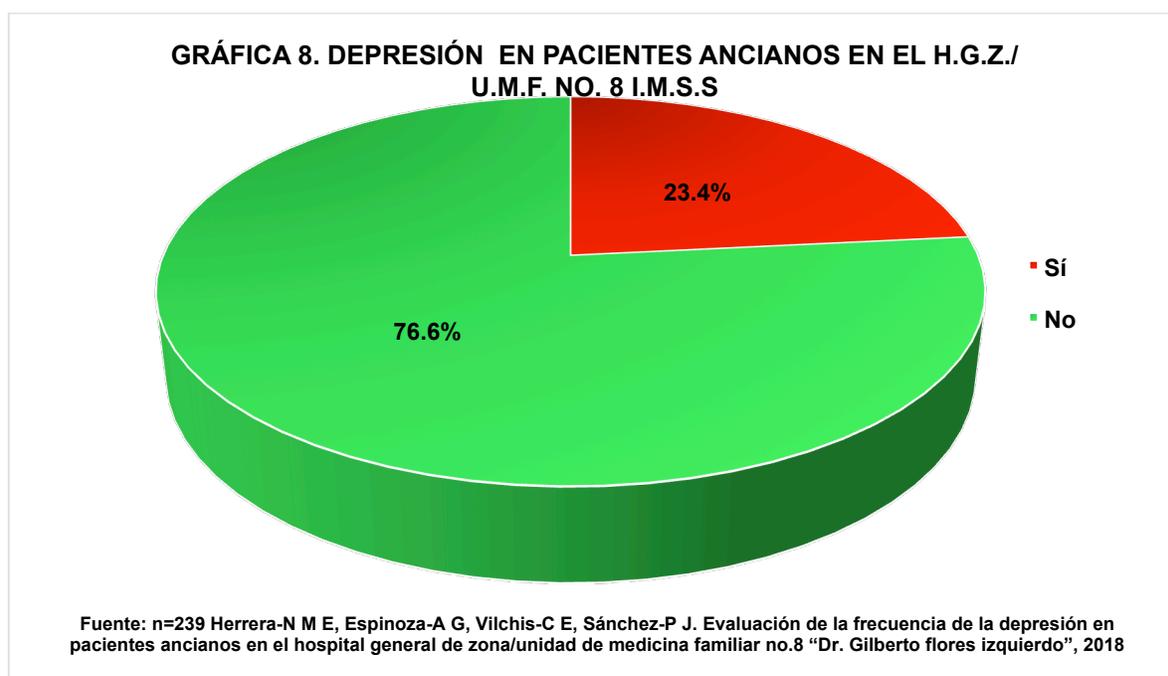


TABLA 9. Rango de edad y Depresión en pacientes Ancianos en el HGZ/UMF No. 8						
Rango de edad (AÑOS)	Depresión. (Pacientes deprimidos)					
	Sí		No		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	(%)
60 a 70	21	8.8	90	37.7	111	46.5
71 a 80	23	9.6	67	28.0	90	37.6
81 o Más	12	5.0	26	10.9	38	15.9
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>23.4</b>	<b>183</b>	<b>76.6</b>	<b>239</b>	<b>100</b>

Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

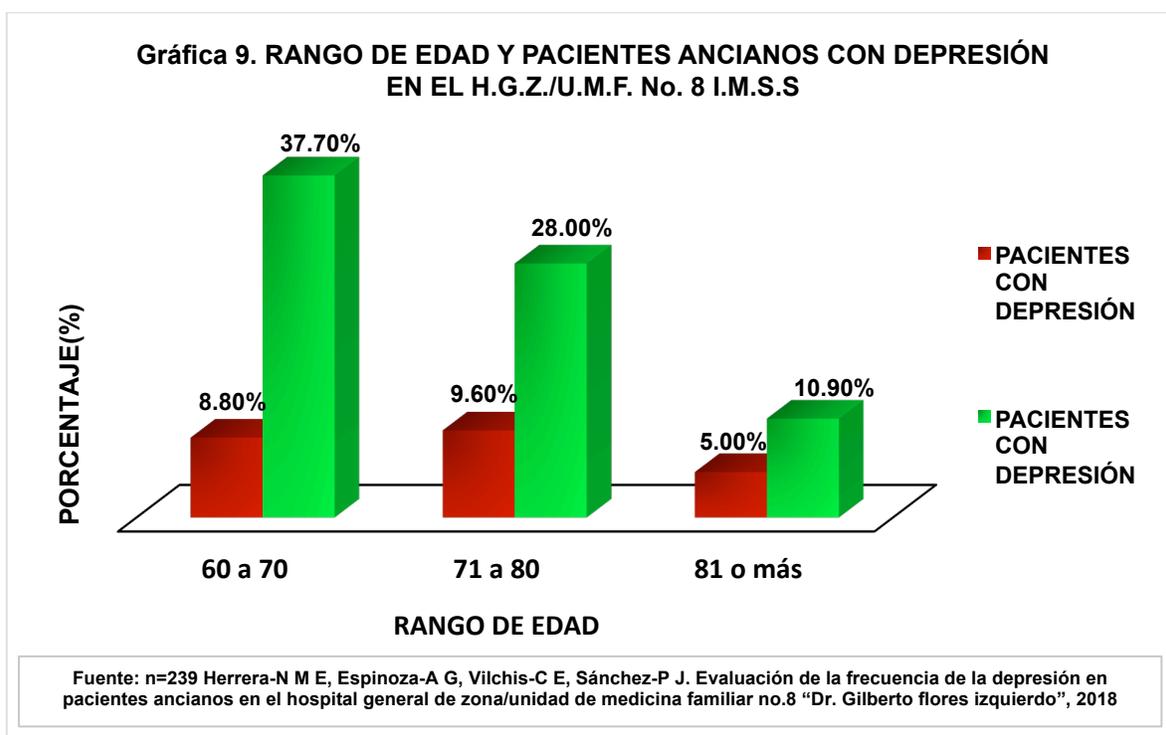


TABLA 10. Sexo y Depresión en pacientes Ancianos en el HGZ/UMF No. 8						
Sexo	Depresión. (Pacientes deprimidos)					
	Sí		No		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	(%)
Femenino	41	17.2	107	44.8	148	62
Masculino	15	6.3	76	31.7	91	38
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>23.5</b>	<b>183</b>	<b>76.5</b>	<b>239</b>	<b>100</b>

Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

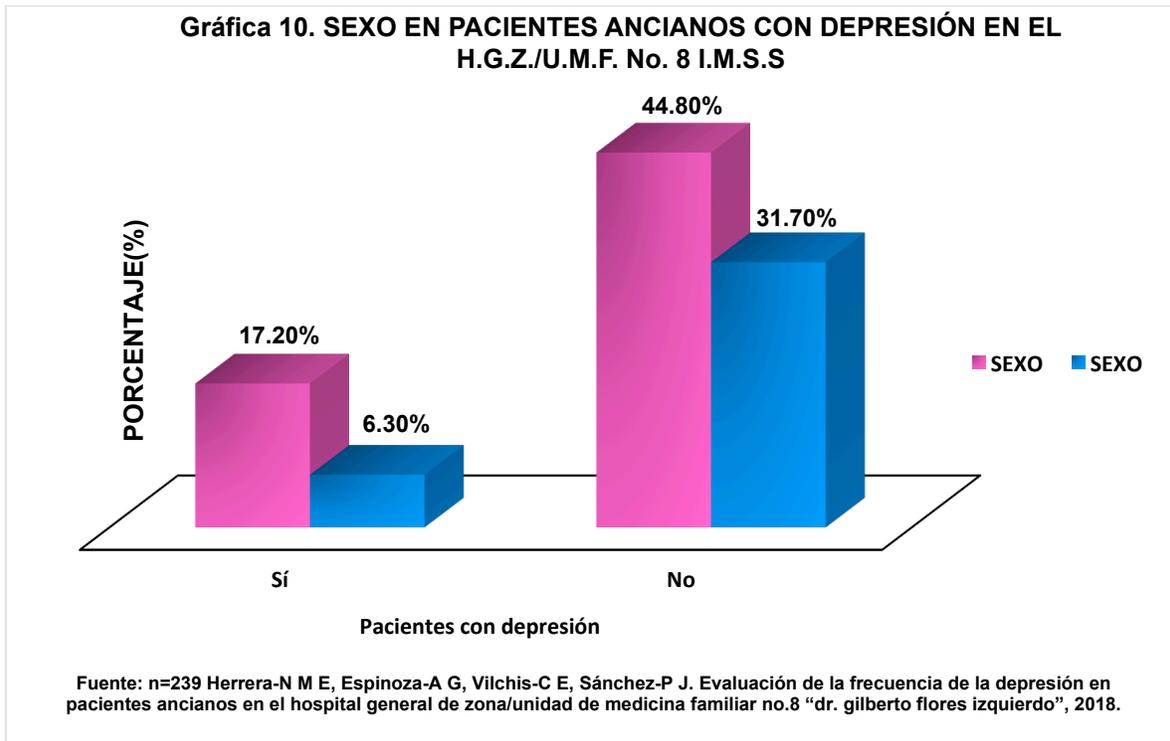
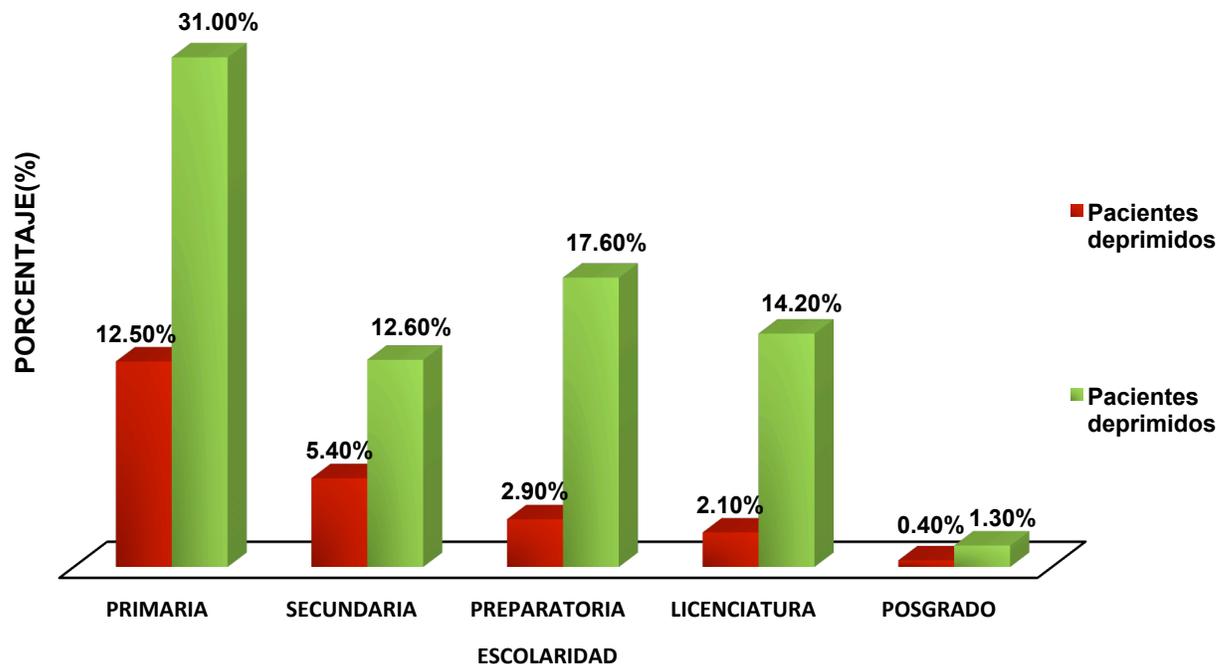


TABLA 11. Escolaridad de pacientes ancianos con depresión en el HGZ/UMF No. 8						
Escolaridad	Depresión. (Pacientes deprimidos)					
	Sí		No		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	(%)
Primaria	30	12.5	74	31	104	43.5
Secundaria	13	5.4	30	12.6	43	18
Preparatoria	7	2.9	42	17.6	49	20.5
Licenciatura	5	2.1	34	14.2	39	16.3
Posgrado	1	0.4	3	1.3	4	1.7
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>23.4</b>	<b>183</b>	<b>76.6</b>	<b>239</b>	<b>100</b>

Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

GRÁFICA 11. ESCOLARIDAD Y PACIENTES ANCianos CON DEPRESIÓN DEL H.G.Z./U.M.F. NO. 8 I.M.S.S



Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto flores izquierdo", 2018

TABLA 12. Ocupación de pacientes ancianos con depresión en el HGZ/UMF No. 8						
Escolaridad	Depresión. (Pacientes deprimidos)					
	Sí		No		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	(%)
Empleado	10	4.2	31	13	41	17.2
Desempleado	19	7.9	65	27.2	84	35.1
Jubilado	27	11.3	87	36.4	114	47.7
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>23.4</b>	<b>183</b>	<b>76.6</b>	<b>239</b>	<b>100</b>

Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

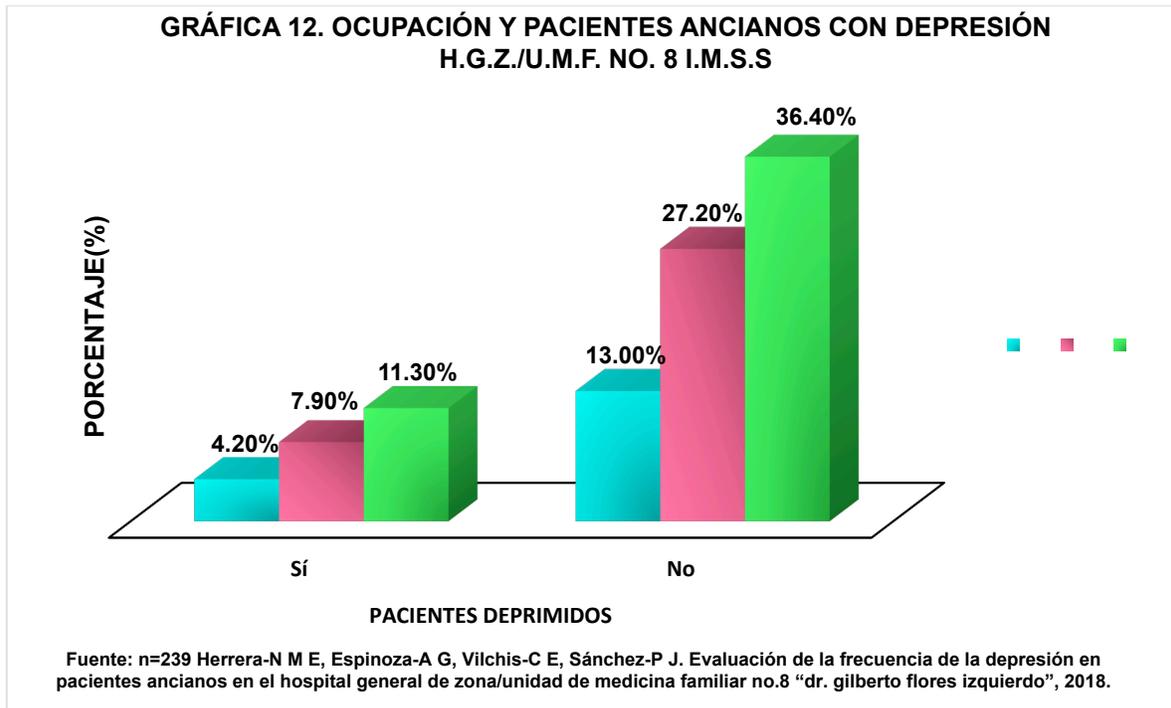


TABLA 13. Estado civil de pacientes ancianos con depresión en el HGZ/UMF No. 8						
Escolaridad	Depresión. (Pacientes deprimidos)					
	Sí		No		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	(%)
Soltero	7	2.9	15	6.3	22	9.2
Casado	24	10.0	109	45.6	133	55.6
Divorciado	6	2.5	14	5.9	20	8.4
Viudo	18	7.5	43	18.1	61	25.5
Unión libre	1	0.4	2	0.8	3	1.3
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>23.4</b>	<b>183</b>	<b>76.6</b>	<b>239</b>	<b>100</b>

Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.

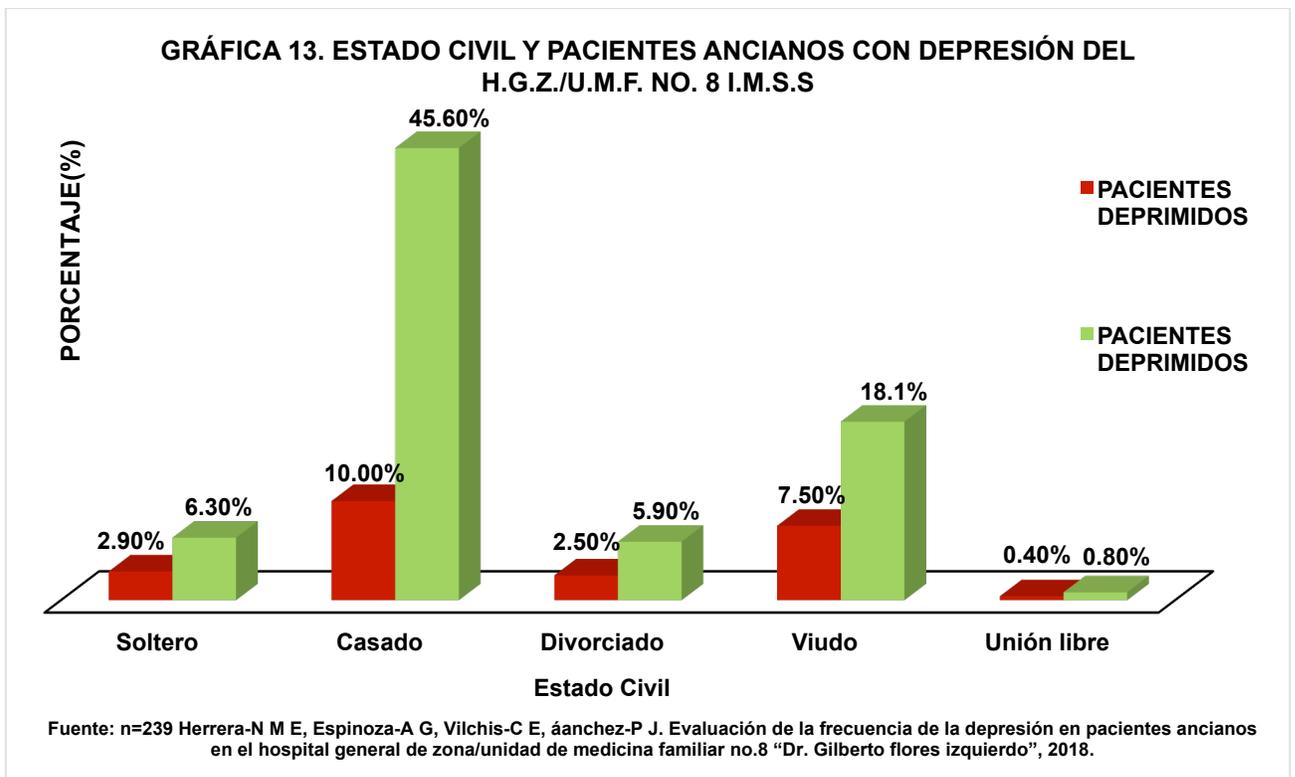
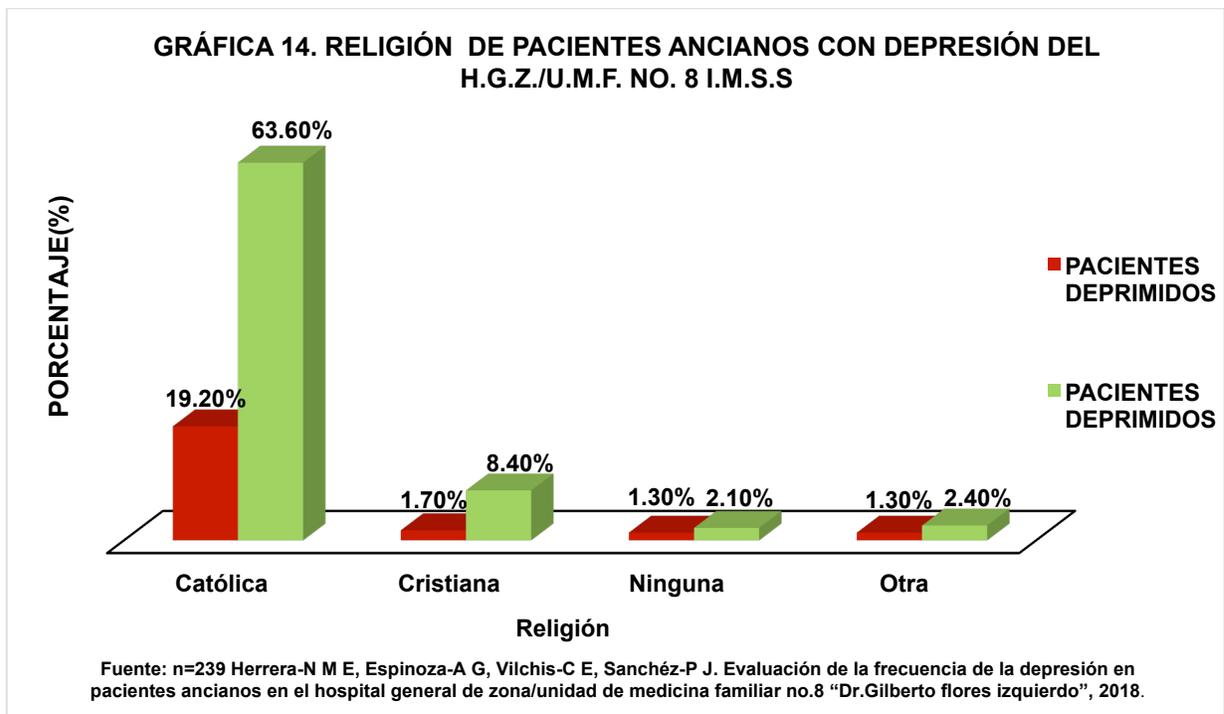


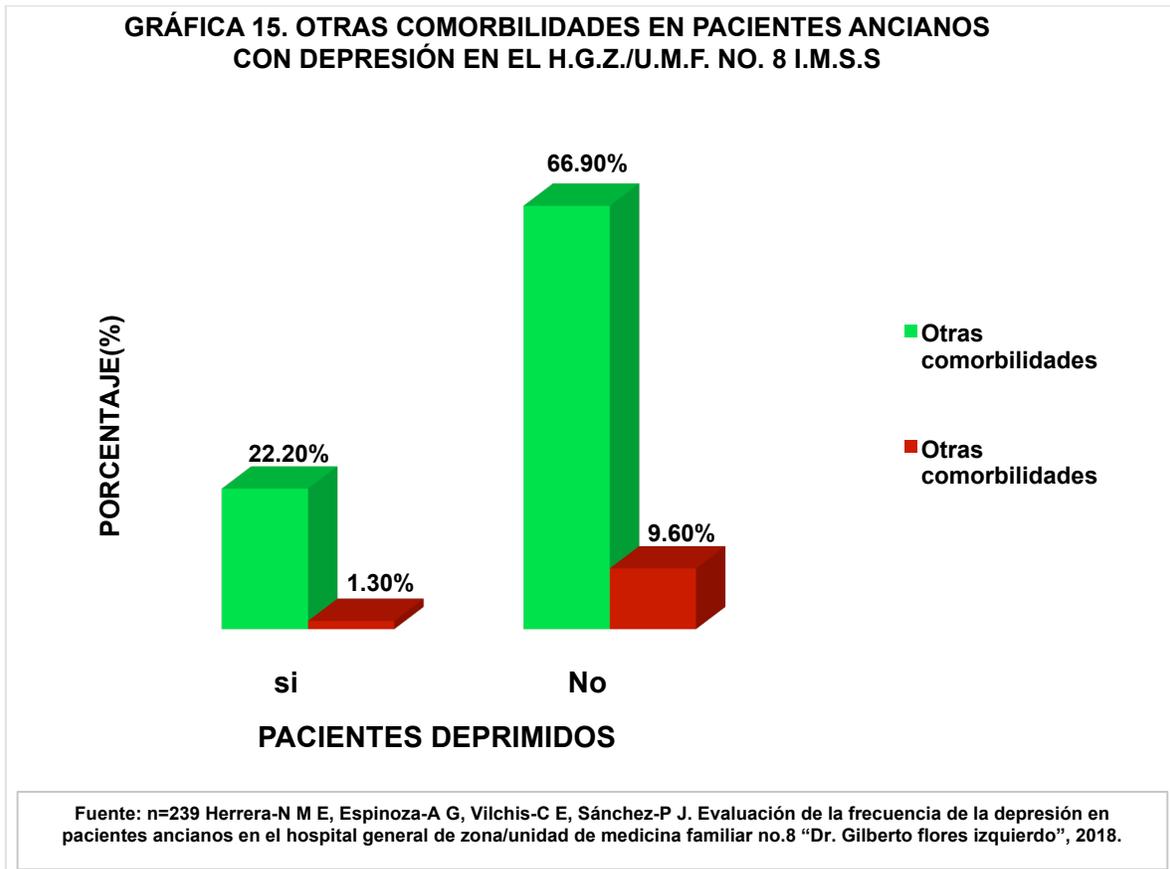
TABLA 14. Religión de pacientes ancianos con depresión en el HGZ/UMF No. 8						
Religión	Depresión. (Pacientes deprimidos)					
	Sí		No		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	(%)
<b>Católica</b>	46	19.2	152	63.6	198	82.8
<b>Cristiana</b>	4	1.7	20	8.4	24	10.1
<b>Ninguna</b>	3	1.3	5	2.1	8	3.3
<b>Otra</b>	3	1.3	6	2.4	9	3.8
<b>TOTAL</b>	56	23.4	183	76.6	239	100

Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.



<b>TABLA 15. Otras comorbilidades en pacientes Ancianos con depresión en el HGZ/UMF No. 8</b>						
<b>Otras comorbilidades</b>	<b>Depresión. (Pacientes deprimidos)</b>					
	<b>Sí</b>		<b>No</b>		<b>Total</b>	
	<b>Frec</b>	<b>(%)</b>	<b>Frec</b>	<b>(%)</b>	<b>frecuencia</b>	<b>(%)</b>
<b>Sí</b>	53	22.2	160	66.9	213	89.1
<b>No</b>	3	1.3	23	9.6	26	10.9
<b>TOTAL</b>	56	23.4	183	76.6	239	100

Fuente: n=239 Herrera-N M E, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Sánchez-P J. Evaluación de la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el hospital general de zona/unidad de medicina familiar no.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2018.



## DISCUSIONES

De acuerdo al estudio realizado por Gómez R y cols, "Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá" Colombia (2013). Se cita una mayor frecuencia de depresión en sujetos mayores de 80 años 6.5%. En nuestro estudio se encontró que el grupo etario más afectado fue el de 71 a 80 años, 9.6%, estos resultados son semejantes debido a que la esperanza de vida en ambos países es similar, además de la cultura y el tipo de interacción social con las personas ancianas.

En el estudio realizado por Sánchez G y cols, "Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México" México (2012). Se observó una mayor porcentaje de depresión en pacientes del sexo femenino con un 21.8%, mientras que en nuestro estudio se observó una frecuencia del 17.2%, por lo que estos estudios son similares, dicha semejanza se debe a que los dos estudios son de México, en donde debido a cuestiones socioculturales, las mujeres suelen cursar con cuadros depresivos de manera más frecuente, por diversas cuestiones como es la mayor supervivencia de la mujer, el gradiente socioeconómico entre mujeres y hombres, el trabajo de casa y la continua responsabilidad del cuidado de otras personas.

En el estudio de Juárez M y cols "Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH "Viña alta" La Molina, Lima Perú (2012). Se encontró de acuerdo al estado civil mayor depresión en la población casada, con un porcentaje 12.7%, en nuestro estudio se observó que los pacientes deprimidos representaron un porcentaje del 10%, estos resultados concuerdan debido a que en ambos países la principal religión es la católica, por lo que el matrimonio es común en la población, además debido a dicha religión muchas personas no aceptan o no ven bien el divorcio, por lo que en ocasiones a pesar de no estar contentos en su matrimonio permanecen casadas, lo cual es otro factor para que estos desarrollen depresión.

En cuanto respecta al estudio de Cervantes B y cols "Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral" México (2015). Se reportó que el 28.3% de su población estudiada presentó depresión, en nuestro estudio se obtuvo que un 23.4% de la población estudiada está deprimida, esta similitud en los resultados se puede respaldar debido a que la población estudiada es del mismo país, y con fechas de estudio muy cortas y con perfiles similares, como pertenecer a la misma institución (IMSS) siendo en su mayoría personas de nivel socioeconómico medio a bajo, y tener comorbilidades que los afectan física y mentalmente.

En la relación de escolaridad y depresión se encontró en el estudio de Salazar y cols "Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá" Colombia (2015) se evidencio que la población con menor grado de estudios cursa con un porcentaje mayor de depresión, en su caso fue del 13%, con respecto a nuestro estudio los pacientes con menor grado académico y depresión fue del 12.5%, esto respalda lo dicho en la literatura de manera general, sin importar el país, el menor nivel académico siempre se correlaciona con una mayor frecuencia de presentar depresión, esto puede ser debido a que los estudios dan más herramientas a las personas para manejar conflictos tanto familiares, sociales, y económicos, y así no caer en frustraciones y terminar con depresión.

En la investigación de Márquez C y cols "Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados" en México (2015), se señala que el porcentaje de pacientes con comorbilidades es del 25.7%, en nuestro estudio se encontró que el 22.2% de los pacientes deprimidos cursan con otras comorbilidades, estos resultados son parecidos debido a que padecer una enfermedad siempre causa repercusiones a nivel emocional en diferentes grados, ya si estas son de carácter crónico esta repercusión es mayor, y considerando que ambos estudios son de México, donde las enfermedades como la diabetes y la hipertensión son comunes y un problema de salud pública, es acorde pensar que estas provoquen depresión en la población afectada.

Dentro de los alcances de esta investigación se pudo conocer la frecuencia de la depresión en los pacientes ancianos mediante la aplicación de la encuesta de depresión del ENASEM, identificando que la mayoría de nuestra población estudiada en el H.G.Z / U.M.F No 8 cursa con depresión. Es de relevancia recordar que la depresión es una patología que ya es un problema de salud pública en nuestro país, es un factor de riesgo importante para otras enfermedades, es por ello que nuestra investigación tiene importancia ya que se pudo valorar de una manera rápida y fácil la frecuencia de depresión en nuestra población de adultos mayores de 60 años en la consulta externa, es importante que en la consulta externa se aplique esta encuesta para así poder detectar a tiempo a los pacientes ancianos que cursan con esta patología y así poder dar un manejo oportuno y así poder brindarles una mejor calidad de vida y mejorar su esperanza de vida.

Otro alcance fue corroborar lo descrito en la literatura de manera general la mayor frecuencia de depresión en cuanto a sexo es en mujeres, y como factores de riesgo se encuentran el bajo nivel académico, y cursar con otras comorbilidades, esto es importante ya que así podemos enfocarnos en los pacientes con estas características, para poder realizar un enfoque preventivo de esta patología.

Un alcance más fue que se pudo realizar la comparación con estudios mexicanos sobre depresión en pacientes ancianos.

Dentro de las limitaciones se encuentra que nuestro estudio es de tipo descriptivo y transversal, por lo que sólo se analiza un fenómeno en un periodo de tiempo determinado, por lo que no permite establecer relaciones causales entre variables, limitándose únicamente a medir la frecuencia en que se presenta un fenómeno, en este caso la depresión, sin embargo al conocer la frecuencia de esta patología en nuestra población podremos conocer la relevancia de estos factores, con lo que el médico de primer contacto podrá establecer estrategias para su prevención, y dar manejo a los pacientes que se encuentren cursando con esta patología.

Otra limitación es que este estudio solamente se realizó en pacientes que acudieron a la consulta externa del HGZ/UMF No.8, futuras investigaciones deberán realizar estudios multicéntricos para que pueda extrapolarse a otras poblaciones.

A pesar de haber realizado maniobras para evitar sesgos, una situación que contribuyó fue el antecedente del sismo del 19 de septiembre del 2017, ya que ante la pregunta ¿ha sentido que su sueño era intranquilo?, muchos pacientes lo asociaban al temor a otro evento natural de este tipo, por lo cual puede haber provocado un sesgo en esta pregunta, y en la evaluación de la encuesta.

El médico del primer nivel de atención debe de tener los conocimientos suficientes sobre esta patología, para poder realizar detecciones de manera oportuna y poder brindar un tratamiento integral adecuado, para así dar una atención médica de calidad.

Desde el punto de vista asistencial se debe coordinar la aplicación de encuestas con el grupo multidisciplinario, para realizar la detección oportuna de esta patología, como la de la ENASEM, la cual es fácil y rápida de realizar en cualquier nivel de atención, para así gestionar la creación de programas de apoyo para las personas ancianas, con diversas actividades con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas de este grupo etario.

Desde el punto de vista educativo se propone crear un mayor conocimiento sobre esta patología en la población de adultos de 60 años en adelante, tanto para el equipo multidisciplinario, así como en la población en general, ya que se subestima la presencia de dicha enfermedad en esta población, además de difundir la encuesta ENASEM, ya que esta fue creada específicamente para la población de adultos mayores mexicanos, mientras que otras escalas como la de Yesavage que está en la guía de práctica clínica de Diagnóstico y tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el primer Nivel de Atención, es una adaptación que no cuenta con validación en nuestro país y es una versión corta de la original.

En el área de investigación se espera despertar interés en la investigación de la frecuencia de depresión en ancianos de las diferentes unidades médicas, sobre todo de primer nivel de atención, y con la utilización de la ENASEM, ya que no se cuenta con investigaciones previas suficientes con esta encuesta, la cual fue creada por investigadores específicamente para la población mexicana, y así se podrá respaldar su eficacia y dar apoyo e importancia a la creación de más instrumentos de evaluación específicos para la población de nuestro país, fomentar la investigación que es una rama de suma importancia para la salud, ya que con esta se logran nuevos avances y descubrimientos para la mejora de la salud de nuestra población.

Desde el punto de vista administrativo, se espera que con la aplicación de instrumentos de evaluación rápida como el ENASEM, se pueda detectar a tiempo a los pacientes que cursen con depresión para poder dar un diagnóstico de manera oportuna, y así poder evitar la sobreutilización de los servicios de salud por parte de los pacientes por falta de un diagnóstico y tratamiento oportuno, con lo cual se podrá ahorrar recursos económicos y humanos, además de crear un programa exclusivo para este grupo de pacientes, en el cual tenga ayuda psicológica, y médica como tratamiento integral.

## CONCLUSIONES

La depresión en los ancianos es una patología a la cual hay que dar importancia, ya que los afecta desde el punto de vista biopsicosocial, al acortar su esperanza de vida, aumentando las comorbilidades con las que pueden cursar, alterando su relación con su familia y amigos, es por esto que su detección debe de realizarse de manera oportuna, y el médico del primer nivel de atención debe estar preparado para aplicar los instrumentos necesarios para su detección.

En la presente investigación se logró cumplir el objetivo de evaluar la frecuencia de la depresión en pacientes ancianos en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo. Encontrando que los pacientes estudiados en su mayoría cursan con depresión.

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio de acuerdo a las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna, concluyendo que existe depresión en los pacientes ancianos en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar N°.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

La alta frecuencia de depresión en la población estudiada en nuestra investigación, creemos que es debido a la combinación de los factores bio-psico-sociales que los afectan, como el hecho de padecer enfermedades crónico-degenerativas, que afectan su salud, y estilo de vida, así como a su nivel económico en el que se desenvuelven al ser en su mayoría pacientes jubilados, y así no tener quizá los suficientes ingresos económicos para su autocuidado y bienestar tanto para el hogar como en lo personal, el tipo de relaciones intra extrafamiliares que tienen los pacientes, sobre todo considerando a las mujeres, las cuales en muchas ocasiones son el cuidador principal de algún otro miembro de la familia, además de desempeñar su rol de ama de casa, lo cual trae más responsabilidades, trabajo y frustraciones para este grupo en especial. Otro punto es que inferimos que en su mayoría no cuentan con redes de apoyo familiar, lo cual provoca que se sientan solos, lo cual incrementa los factores para cursar con esta patología.

Un punto relevante a discutir es la falta de interés de la población en general hacia este grupo de edad, al ya no ser vistos como un grupo productivo económicamente, son abandonados, se les deja de ver como un individuo con necesidades de afecto y cuidado, similar al de un niño por su edad, estos necesitan mayor atención por parte de la familia, no solo desde el punto de vista económico, sino social, al ser dejados en sus casas, o cuartos solos, al no involucrarlos a las actividades familiares para evitar dificultades de traslado o comunicación, al menospreciar sus pensamientos e inquietudes, al pensar que ver a una persona anciana triste o deprimida es “normal”, pues ya no escucha bien o no ve bien y por eso el motivo de su tristeza, al no prestar atención a sus lamentos y achaques, al tratarlo solo como una planta, sacándolos al sol un rato, metiéndolos a la sombra otro rato, al darles agua, como cuando se riega un arbusto, y dando solo lo básico para vivir, sin tener una real convivencia con ellos o escuchar sus necesidades, sin ver que al llorar o al quejarse es por una tristeza real que va más allá de un recuerdo, y que necesitan de una atención integral y oportuna para mejorar su estado físico y psicológico y así mejorar su calidad de vida.

Consideramos que nuestra investigación marca trascendencia ya que la especialidad de Medicina Familiar es el pilar de la medicina preventiva y es el primer contacto de atención en un sistema escalonado, donde todo diagnóstico y tratamiento se inicia en dicho nivel, por lo que es relevante dar importancia a la depresión como enfermedad y sobre todo en este grupo etario, el cual es muchas veces relegado al olvido, y no es escuchado, es por esto que se debe seguir fomentando los conocimientos acerca de esta patología a todo el personal de salud, así como la población en general, para detectar los indicios de esta enfermedad, por lo que la creación y establecimiento de encuestas como la del ENASEM, deben ser fomentadas.

En nuestro estudio se corrobora lo descrito en la literatura en cuanto a que la mayor frecuencia de depresión es en el sexo femenino, así como contar con baja escolaridad, por lo que en la consulta de primer nivel de atención se tendrá que dar un mayor interés en establecer una adecuada comunicación médico paciente con la población que cumpla con este perfil, para dar una detección oportuna a sus patologías.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Alvarado García A, Salazar Maya A. Análisis del concepto de envejecimiento. Rev Gerokomos. 2014;25(2):57-62.
- 2.- Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México (IAMM) quien es el adulto mayor. Disponible: [http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/quien es el adulto mayor](http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/quien%20es%20el%20adulto%20mayor).
- 3.- Estadísticas a propósito de día mundial de la población (11 de julio). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2016; 1-10.
- 4.-Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, Acosta Castillo I, Sosa Ortiz Ana, Gutiérrez Robledo L, et al Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud pública de México. 2013.
- 5.- Gómez García S, Vega Pérez M, Tamez Rodríguez A y Guzmán Pantoja J. Fortalecimiento de la atención primaria del adulto mayor ante la transición demográfica en México. Aten Primaria.2013;45(5): 231-232.
- 6.- Botto A, Acuña J, Jiménez J. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev. Med Chile. 2014,142:1297-1305.
- 7.- Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de octubre). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2014; 1-13.
- 8.- Sotelo-Alonso, I; Rojas-Soto, JE; Sánchez-Arenas, C; Irigoyen-Coria, A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Archivos en Medicina Familiar, 2012; 5-13
- 9.- Zúñiga Ramos A, Pasquel Barrios P, Zamora Mendoza A. Percepción del Adulto Mayor Hospitalizado en Cuanto al Abandono por sus Familiares. Desarrollo Cientif Enferm. 2012.
- 10.- Durán-Badillo T, Aguilar R M, Martínez M L, Rodríguez T, Gutiérrez G Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano margina. Enfermería Universitaria 2013;10(2):36-42.

- 11.- Sotelo Alonso I, Rojas Soto J, Sánchez Arenas C, Irigoyen Coria A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Arch Med Fam. 2012. 14; (1) 5-13.
- 12.- Pérez Cruz E, Lizárraga Sánchez D, Martínez Esteves M. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. Nutr Hosp. 2014;29(4):901-906.
- 13.-Escobar Bravo M, Botigué Satorra T, Jürschik Giménez P, Niun Orrio C, Blanco Blanco J. Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48(2):59–64.
- 14.- Rubio Aranda E, Blasco Montón G, Comín M, Martínez Terrer T, Magallón Botaya R, García Campayo J. Salud mental y relaciones sociales en población mayor rural. Actas Esp Psiquiatr 2012;40(5):239-47.
- 15.- Conde Martel A, Hemmersbach-Miller M, Anía Lafuente B, Sujanani Afonso N, Serrano Fuentes M. Implicaciones de los síntomas depresivos en los ancianos hospitalizados por afección médica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48(5):224–227
- 16.- Salazar A, Reyes M, Plata J, Galvis P, Montalvo C, Sánchez E, et al. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. Acta Neurol Colombia. 2015; 31(2):176-183.
- 17.- Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Gallo JJ, Wagner FA, García-Peña C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Salud Mental. 2012;35: 71-77.
- 18.- Meléndez herrera M, Robalino C, Quintana M. “Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor institucionalizado en los asilos de ancianos sagrado corazón de Jesús de la ciudad de ambato y el asilo de ancianos de patate”. Rev. Med Colombia 2015
- 19.-Maj M. El criterio clínico y el diagnóstico de depresión mayor según el DSM-5. World Psychiatry (Ed Esp) 2013. 11:2.
- 20.- Acosta Quiroz C, Vales García J, Echeverría Castro S, Serrano Encinas D, García Flores R. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. Psicología y Salud,2013 Vol. 23, Núm. 2: 241-250.

- 21.- Ronald Toro; Julio Vargas; Sandra Murcia, Natalia Gaitán, Daniela Umbarila, Kelly Sarmient. depresión mayor en adultez tardía: factores causales y orientaciones para el tratamiento. Revista Vanguardia Psicológica. Volumen 4, Número 2, septiembre-marzo de 2014.
- 22.-Navas Orozco W. Depresión, el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica 2013. Ixx (607) 495-501.
- 23.- Sotelo-Alonso I, Irigoyen-Coria A, Morales López H. La depresión en ancianos: elementos para su análisis desde la Atención Primaria. Arch Med Fam 2012, 113-114.
- 24.- Diagnóstico y tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el primer Nivel de Atención. México: secretaria de Salud, 2011.
- 25.-Reveiz Narváez Y, Gómez Restrepo C. Depresión en pacientes con degeneración macular relacionada con la edad. Rev. Colom. Psiquiat.2012.
- 26.- Juárez J, León A, Alata Linares V. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” La Molina, Lima- Perú. Rev Horiz Med 2012.
- 27.- Cordero Sánchez Clemente, García Madrid Guillermina, Flores Merlo Marcela, Báez Hernández Francisco Javier, Torres Reyes Alejandro Zenteno López, Miguel Ángel. Síntomas depresivos versus depresión en adultos mayores de una comunidad rural. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education. 2014.
- 28- Segura-Cardona A, Cardona-Arango D. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. Rev. salud pública. 2015 184-194.
- 29- Rodríguez Domínguez Zulay, Casado Méndez Pedro Rafael, Molero Segrera Mailen, Jiménez Almaguer Dania, Casado Tamayo Doramis, Labrada González Dolores. Evaluación del cuestionario de Yesavage abreviado versión española en el diagnóstico de depresión en población geriátrica. Medigraphic. 2015.
- 30- Aguilar-Navarro S, Fuentes-Cantú A, Ávila-Funes J, García-Mayo E. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. Salud pública de México. 2007.

<sup>31</sup>- Cervantes Becerra R, Villareal Ríos E, Galicia Rodríguez L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Aten Primaria*. 2015; 47(6):329-335.

<sup>32</sup>- Martínez Baquero L, Moreno Heredia C. Vejez, ¿un final “triste” para una historia de vida? Revisión de estudios sobre la depresión en los adultos mayores. *Rev. Uniboyaca*. 2014 72-90.

# **ANEXOS**

**Anexo (1) CUESTIONARIO PARA DEPRESIÓN DEL ENASEM.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR CDMX  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.8  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**TÍTULO DEL PROYECTO:  
EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES  
ANCIANOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NO.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**Instrucciones:**

**Conteste “sí” o “No” de acuerdo a cada pregunta, según cómo se haya sentido en los últimos 7 días.**

<b>1 “¿Se ha sentido deprimido?”</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>2. “¿Ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo?”</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>3. “¿Ha sentido que su sueño era intranquilo?”</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>4. “¿Se ha sentido feliz?”</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>5. “¿Se ha sentido solo?”</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>6. “¿Ha sentido que disfrutaba de la vida?”</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>7. “¿Se ha sentido triste?”</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>8. “¿Se ha sentido cansado?”</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>9. “¿Ha sentido que tenía mucha energía?”</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>

**Anexo (2) ENCUESTA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR CDMX  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.8  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**TÍTULO DEL PROYECTO:  
EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES  
ANCIANOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NO.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** 1( ) Femenino    2( ) Masculino

**Escolaridad:** 1( )Ninguna    2( )Primaria    3( )Secundaria  
4( )Preparatoria    5( )Licenciatura    6( )Posgrado

**Ocupación:** 1( )Empleado    2( )Desempleado    3( )Jubilado

**Estado civil:** 1( )Soltero    2( )Casado    3( )Divorciado    4( )Viudo  
5( )Unión libre

**Religión:** 1( ) Católica    2( )Cristiana    3( )Ninguna    4( )Otra

**Otras Comorbilidades:** 1( ) Sí    2( ) No

**Anexo (3)**



**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  
EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ANCIANOS EN EL HOSPITAL GENERAL  
DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

Nombre del estudio:	No aplica
Patrocinador externo (si aplica):	Ciudad de México, de Marzo del 2016 a Febrero del 2018
Lugar y fecha:	
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	En México hay una alta prevalencia de depresión en ancianos que no se ha estudiado a profundidad. El objetivo es Evaluar la existencia de depresión en pacientes ancianos en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar N°8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo".
Procedimientos:	Se aplicará el cuestionario para depresión del ENASEM a pacientes ancianos en la consulta externa del HGZ/MF N °8.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer si existe depresión en los pacientes ancianos y crear redes de apoyo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara en caso de datos relevantes
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

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: Gilberto Espinoza Anrubio CCEIS del HGZ/UMF#8, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF#8, Mat 99374232, Teléfono 55506422 ext. 28235 Cel: 5535143649 Fax: No Fax  
 Colaboradores: Eduardo Vilchis Chaparro, Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar, HGZ/UMF #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Mat 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax.. Jorge Sánchez Pineda. HGZ/UMF #8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo, Profesor adjunto de la especialidad de Medicina Familiar, Médico Familiar Mat 99379893 Teléfono:5540432008 Fax: No Fax. Mónica Elizabeth Herrera Navas Residente HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matrícula: 99370265 Teléfono:5526650443 Fax: No Fax

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](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto  
Testigo 1

Herrera Navas Mónica Elizabeth  
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

**Clave: 2810-009-013**



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN SUR CDMX  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.  
HGZ/UMF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

TÍTULO DEL PROYECTO: **EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ANCIANOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

### 2016 -2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS			X									
PROPOSITOS				X								
DISEÑO METODOLOGICO					X							
ANALISIS ESTADISTICO						X	X					
CONSIDERACIONES ETICAS								X				
RECURSOS									X			
BIBLIOGRAFIA									X			
ASPECTOS GENERALES										X		
ACEPTACION											X	X



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN SUR CDMX  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS.  
HGZ/UMF No 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

TÍTULO DEL PROYECTO: **EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ANCIANOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

### 2017-2018

FECHA	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2018	ENE 2018	FEB 2018
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X											
RECOLECCION DE DATOS	X	X	X									
ALMACENAMIENTO DE DATOS			X	X								
ANALISIS DE DATOS				X								
DESCRIPCION DE DATOS					X							
DISCUSION DE DATOS						X	X					
CONCLUSION DEL ESTUDIO							X					
INTEGRACION Y REVICION FINAL								X				
REPORTE FINAL									X			
AUTORIZACIONES ETICAS										X		
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACION												X