

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 15**

**“PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE 60
AÑOS Y MÁS, INSCRITOS EN LA UMF # 15, IMSS, CIUDAD DE
MÉXICO, SUR”**

NUMERO DE REGISTRO:

R-2020-3701-018

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

PRESENTA:

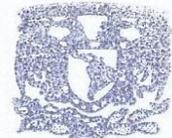
MARTÍNEZ RAMÍREZ ELDA EDITH

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

DRA. BEATRIZ LUIZ VILLAGÓMEZ

DRA. LAURA PATRICIA ANGULO CAMARENA



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

CIUDAD DE MEXICO

ENERO DE 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

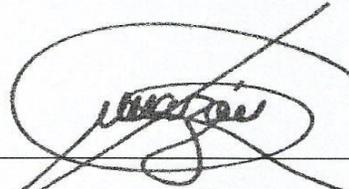
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

“PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS, INSCRITOS EN LA UMF # 15, IMSS, CIUDAD DE MÉXICO, SUR ”

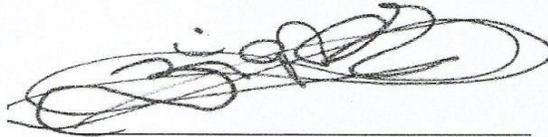
TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**MARTÍNEZ RAMÍREZ ELDA EDITH
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF N° 15**



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



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR**

CIUDAD DE MEXICO

ENERO DE 2020



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3701.
H GRAL ZONA NUM 1-A

Registro COFEPRIS 17 CI 09 014 056

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 018 2018100

FECHA Martes, 04 de febrero de 2020

M.E. BEATRIZ LUIZ VILLAGOMEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DE 60 AÑOS Y MÁS, INSCRITOS EN LA UMF 15, IMSS**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2020-3701-018

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dra. MARIA DE LOURDES GONZALEZ HERNANDEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3701

Imprimir

IMSS

SEGURO SOCIAL Y SALUD PARA TODOS

AGRADECIMIENTOS:

A la Dra. Laura Patricia Angulo Camarena por su gran apoyo para iniciar y culminar con la tesis, por su bella amistad. Por los cafés con mitad de azúcar disfrutados en la consulta externa de Psiquiatría.

A la Dra. Beatriz Luiz Villagómez que ha aportado a mi formación como futuro médico familiar por sus enseñanzas en la consulta externa. A mis profesores adjuntos de la especialidad de medicina familiar, gracias por todas sus enseñanzas en los días académicos: Dra. Yolanda Rocha, Dra. Hilda Montero, Dr. Pablo Castro, Dra. Nancy García.

A mi maestra de Urgencias: Dra. Daynis Reyes, Gracias por todas sus enseñanzas y los temas dados los fines de semana, gracias por su amistad.

DEDICATORIAS:

A mis padres Eliseo y Ofelia que a pesar de la distancia su amor y apoyo son infinitos.

A mi esposo Miguel Ángel Camarena por su amor, paciencia, por no dejarme caer y por motivarme a ser mejor cada día.

A mi hija Mariana Montserrat, por aguantar mis ausencias durante la residencia, tu fortaleza me impulsó a continuar.

A mi suegra Beatriz Ramos, mi gran red de apoyo, por su paciencia, amor y cuidado de su nieta.

A mis hermanos: Jorge, Daniel, Erwin y Omar. Gracias a cada uno de ustedes por su cariño, por sus consejos, por consentirme siempre.

A mi gran maestra : mi abuela Aurora Salas, te envío un beso hasta el cielo, donde las estrellas brillan por siempre, gracias por haber existido en mi vida, por tu sacrificio en algún tiempo incomprendido, por tu apoyo incondicional, por esos abrazos y desvelos, gracias por mis tazas de café disfrutados en la madrugada, por esas historias, por los viajes que recorrimos juntas, mi amiga de viajes, confidente, madre, abuela...Esta tesis es dedicada para ti ,por proyectarme ese amor hacía los adultos mayores.

DATOS DEL ALUMNO	
Apellido paterno	Martínez
Apellido materno	Ramírez
Nombre	Elda Edith
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de medicina
Carrera	Médico familiar
No. de cuenta	517221189
DATOS DEL ASESOR	
Apellido paterno	Luiz
Apellido materno	Villagómez
Nombre	Beatriz
Apellido paterno	Angulo
Apellido materno	Camarena
Nombre	Laura Patricia
DATOS DE LA TESIS	
Título	“PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS, INSCRITOS EN LA UMF # 15, IMSS CIUDAD DE MEXICO,SUR”
No. de páginas	76 pág.
Año	Enero de 2020

INDICE	PÁGINAS
1.-RESUMEN	8
2.-INTRODUCCIÓN	10
2.1.Marco Teórico	11
3. JUSTIFICACIÓN	32
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
5. OBJETIVOS	35
5.1.General	35
5.2. Específicos	35
6. HIPÓTESIS	36
7. MATERIAL Y MÉTODO	36
7.1.Características del estudio	36
7.2. Tipo de Investigación	36
7.3.Universo de estudio	36
7.4. Tamaño de la muestra	37
7.5. Criterios de selección	38
7.5.1. Criterios de inclusión	38
7.5.2. Criterios de exclusión	38
7.5.3. Criterios de eliminación	38
8. VARIABLES.	39
8.1. Operacionalización de variables	39

9. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	44
9.1 Análisis estadístico	45
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
11 .RECURSOS	48
11.1. Recursos Humanos	48
11.2. Recursos Materiales	48
11.3. Recursos financieros	48
11.4. Aspectos de bioseguridad	48
12. CONFLICTO DE INTERÉS	48
13. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	49
14. BENEFICIOS ESPERADOS	49
15. RESULTADOS	50
16. DISCUSIÓN	65
17. CONCLUSIONES	67
18. BIBLIOGRAFÍA	68
19. ANEXOS	71
19.1. Hoja de Recolección de datos	71
19.2. Hoja de Consentimiento Informado	75

RESUMEN

PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DE 60 AÑOS Y MÁS, INSCRITOS EN LA UMF 15, IMSS, CIUDAD DE MEXICO SUR.

*Martínez-Ramírez Elda Edith (Residente de tercer año del curso de especialidad en Medicina Familiar), **Beatriz Luiz Villagómez (Médico Especialista en Medicina Familiar), ***Angulo-Camarena Laura Patricia (Médico Especialista en Psiquiatría).

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud, la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural. Las causas por las que un adulto mayor se deprime son diversas; la muerte del cónyuge, hijos o familiares cercanos, pensionarse o dejar de trabajar, pérdida de la independencia y autonomía, soledad o ausencia de redes de apoyo, efectos secundarios de los medicamentos, enfermedades como hipotiroidismo, cáncer, Diabetes Mellitus o las incapacitantes como el Parkinson, cerebrovasculares, cardiovasculares o reumatológicas asociadas al dolor crónico, etc. La escala de depresión geriátrica de Yesavage con quince preguntas. Es la prueba Estándar de Oro (Gold Standard) utilizada para detectar elementos depresivos en el adulto mayor, siendo esta la escala recomendada por la Sociedad de Geriatria de Gran Bretaña para evaluar la depresión en los ancianos. La Escala de DUKE UNC 11 es un cuestionario validado que recoge la opinión de la persona entrevistada acerca de la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente.

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 años y más, inscritos en la UMF 15, IMSS. Durante Noviembre a Diciembre de 2019.

Material y Métodos: Se realizó un estudio Descriptivo, observacional, de tipo transversal, que comprendió un periodo correspondiente de Noviembre a Diciembre de 2019. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico utilizando la fórmula de poblaciones finitas porque se enfocó a una población de mayores de 60 años inscritos en la UMF 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México Sur, mediante una selección por conveniencia de los pacientes que acudieron a la consulta externa. Se utilizó una cédula de datos personales que incluyó: datos sociodemográficos, socioeconómicos, factores de riesgo, escala de depresión geriátrica (GDS), escala DUKE UNC -11 la cual se aplicó a los pacientes que contaron con los criterios de inclusión y posteriormente un análisis estadístico de los datos obtenidos.

Resultados. Los pacientes con hipertensión representan el 47.9% mientras que los que presentan diabetes el 33.0%. El 30.9% de los pacientes presentan una depresión leve. Las mujeres tienen mayor proporción de síntomas depresivos, como lo muestra este estudio. El mayor número de personas con depresión leve se encontró a los 81 años de edad. Los pacientes con primaria incompleta y completa fueron los que presentaron más casos de depresión leve. Los pacientes "jubilados" representan el 48.4%. La mayor parte de los pacientes su fuente de apoyo económico es su pensión. El grupo de apoyo con el que más cuentan los pacientes es la familia. **Conclusiones:** La prevalencia de la depresión en adultos mayores de 60 años en la UMF 15, IMSS fue superior al 30.89%.

SUMMARY

PREVALENCE OF DEPRESSION IN PATIENTS 60 YEARS OLD AND OLDER, REGISTERED IN UMF 15, IMSS.

* Martínez-Ramírez Elda Edith (Resident of the third year of the specialty course in Family Medicine), ** Beatriz Luiz Villagómez (Specialist in Family Medicine), *** Angulo Camarena Laura Patricia (Specialist in Psychiatry).

Introduction: According to the World Health Organization, the proportion of older people is increasing rapidly worldwide. As calculated, between 2015 and 2050, this proportion will almost double, from 12 to 22%. More than 20% of people over 60 years of age suffer from a mental or neural disorder. The causes for which an older adult is depressed are diverse; the death of the spouse, children or close relatives, retiring or quitting work, loss of independence and autonomy, loneliness or absence of support networks, side effects of medications, diseases such as hypothyroidism, cancer, diabetes mellitus or disabling as the Parkinson's, cerebrovascular, cardiovascular or rheumatologic associated with chronic pain, etc. Yesavage's geriatric depression scale with fifteen questions. It is the Gold Standard test used to detect depressive elements in the elderly, this being the scale recommended by the Geriatrics Society of Great Britain to assess depression in the elderly. The DUKE UNC 11 Scale is a validated questionnaire that reflects the opinion of the interviewee about the availability of people capable of offering help in situations of difficulty, as well as facilities for social relations and to be able to communicate empathically and emotionally.

Objective: To determine the prevalence of depression in adults over 60 years of age and older, registered in UMF 15, IMSS. During November to December 2019.

Material and Methods: A descriptive, observational, cross-sectional study was carried out, which comprised a corresponding period from November to December 2019. A not probabilistic sampling was carried out using the finite population formula because it focused on a population of over 60 years enrolled in UMF 15 of the Mexican Social Security Institute, Mexico City, through a selection for convenience of patients who attended the outpatient consultation. A personal data card was used that included: sociodemographic and socioeconomic data, risk factors, geriatric depression scale (GDS), DUKE UNC -11 scale which was applied to the patients who had the inclusion criteria and subsequently an analysis statistical data obtained.

Results: Patients with hypertension represent 47.9% while those with diabetes 33.0%. 30.9% of patients have mild depression. Women have a higher proportion of depressive symptoms, as this study shows. The highest number of people with mild depression was found at 81 years of age. Patients with incomplete and complete primary were those who presented more cases of mild depression. "Retired" patients represent 48.4%. Most of the patients their source of financial support is their pension. The support group that most patients have is the family.

Conclusions: The prevalence of depression in adults over 60 years in the FMU 15, IMSS was higher than 30.89%.

2. INTRODUCCIÓN:

Según la Organización Mundial de la Salud, la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural. Las causas por las que un adulto mayor se deprime son diversas; la muerte del cónyuge, hijos o familiares cercanos, pensionarse o dejar de trabajar, pérdida de la independencia y autonomía, soledad o ausencia de redes de apoyo, efectos secundarios de los medicamentos, enfermedades como hipotiroidismo, cáncer, Diabetes Mellitus o las incapacitantes como el Parkinson, cerebrovasculares, cardiovasculares o reumatológicas asociadas al dolor crónico, etc.

La escala de depresión geriátrica de Yesavage con quince preguntas. Es la prueba Estándar de Oro (Gold Standard) utilizada para detectar elementos depresivos en el adulto mayor, siendo esta la escala recomendada por la Sociedad de Geriátrica de Gran Bretaña para evaluar la depresión en los ancianos. La Escala de DUKE UNC 11 es un cuestionario validado que recoge la opinión de la persona entrevistada acerca de la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente.

Las redes de apoyo social cobran un valor significativo para las personas mayores en la medida en que pueden brindar la oportunidad de continuar participando activamente en tareas productivas durante la vejez.

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1 DEFINICIÓN DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida del interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y deterioro de la funcionalidad, existiendo diversos niveles de severidad (GPC, Depresión en el adulto mayor ,2011).

2.2 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN, SEGÚN LA OMS

Los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves

2.3 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Alteraciones cerebrales. Una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo. No existe una lesión anatómica visible.

Alteraciones en neurotransmisores. Para que el cerebro funcione correctamente debe existir una comunicación correcta entre las diversas neuronas del cerebro. Las neuronas se comunican a través de unas moléculas denominadas neurotransmisoras como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. En la depresión la conexión neuronal mediante neurotransmisores no funciona bien. Los antidepresivos ayudan a normalizar este problema.

Alteraciones genéticas. Dado que es más fácil que una persona padezca una depresión si tiene algún familiar que haya presentado alguna depresión, se cree que tener según qué

genes predispone a padecer una depresión. No obstante, por el momento no se conoce qué genes provocan la aparición de esta enfermedad.

2.4 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE DEPRESION SEGÚN EL DSM V

Según el DSM5 los criterios para su diagnóstico son los siguientes:

- a. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los siguientes síntomas: estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de placer.
 - i. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
 - ii. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
 - iii. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
 - iv. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - v. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - vi. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - vii. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

viii. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

ix. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

b. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

c. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

d. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

e. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.(1)

Elementos que se tienen que considerar para establecer el diagnóstico de depresión en el adulto mayor son : irritabilidad , agitación, ansiedad , preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa y de la capacidad de resolución de problemas, deterioro del autocuidado, abuso de alcohol y otras sustancias , aislamiento social, culpa excesiva ,paranoia, obsesiones y compulsiones. (GPC, Depresión en el adulto mayor ,2011)

2.5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

Se deben de excluir trastornos metabólicos, endocrinos, enfermedades sistémicas, intoxicación por drogas y otras enfermedades mentales como la demencia (GPC, Depresión en el adulto mayor ,2011).

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento antidepresivo debe buscar no sólo la respuesta al fármaco, sino también la remisión completa de los síntomas. La elección del tratamiento puede depender de múltiples factores como la causa de la depresión, la severidad de los síntomas prioritarios o las contraindicaciones para un tratamiento específico. Los fármacos antidepresivos resuelven episodios agudos, previenen recaídas y aumentan la calidad de vida.(2)

Cuando se inicia un tratamiento antidepresivo en el anciano, hay que tener en cuenta que los periodos de latencia para el inicio de su acción terapéutica pueden ser más largos que en el paciente joven, por lo que es importante mantenerlo durante seis semanas antes de realizar un cambio en la medicación. Según la mayoría de los consensos, debería mantenerse el tratamiento hasta 18 meses después de desaparecer la sintomatología en un primer episodio y mantenerlo de por vida si existiese recaída. (2)

Los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión en el anciano, dada su menor cardiotoxicidad, mayor seguridad en la sobredosis y menor toxicidad cognitiva. Todos los ISRS son de metabolización hepática y excretada por el riñón. Los principales efectos adversos incluyen: síntomas gastrointestinales, agitación, disminución de peso, disfunción sexual, efectos parkinsonianos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

(ISRS) aprobados en la práctica clínica son: fluvoxamina, fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y escitalopram. Todos requieren una única dosis diaria, excepto la fluvoxamina. Los antidepresivos tricíclicos han abandonado su papel de primera elección en favor de los ISRS, por su marcado cortejo de efectos secundarios, principalmente anticolinérgicos y cardiovasculares, así como toxicidad cognitiva.(2)

Según la OMS ,el tratamiento de la depresión aunado a las intervenciones psicológicas junto con otros trastornos graves de salud mental, aparece recogido como uno de los objetivos para la implementación del Plan de Acción de salud mental comprehensiva 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que fue aprobado durante la 66ª Asamblea Mundial de la Salud. La terapia interpersonal, junto con la terapia cognitivo-conductual y la terapia de activación conductual, forman parte de las terapias psicológicas basadas en la evidencia recomendadas por la OMS para el tratamiento de la depresión.

2.6 LAS BENZODIACEPINAS

El uso a largo plazo de las benzodiazepinas debe evitarse en los ancianos ya que hay un incremento en el riesgo de deterioro cognoscitivo, depresión, confusión, caídas y fracturas. Además de dependencia, tolerancia, insomnio y síndrome de abstinencia. Las benzodiazepinas no son antidepresivas. (GPC, Depresión en el adulto mayor ,2011)

2.7 PRONOSTICO DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

Su pronóstico es generalmente bueno en los pacientes diagnosticados que reciben un tratamiento adecuado de manera oportuna. (14)

2.8 FACTORES PREDICTORES DE BUEN PRONÓSTICO:

- Buenas condiciones socioeconómicas
- Apoyo emocional
- Adecuado apoyo social
- La existencia de un estresor psicosocial como desencadenante del episodio actual
- Ausencia de condiciones médicas importantes
- Cuidadoso seguimiento médico
- Pocos estresores vitales o cambios importantes durante el último año.

2.9 FACTORES QUE ENSOMBRECEN EL PRONÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

GERIÁTRICA:

- Presencia de agitación psicomotora
- Pacientes con marcada desesperanza
- Deterioro cognoscitivo
- Abandono, soledad
- Pérdida reciente de un ser querido
- Síntomas ansiosos importantes
- Presencia de síntomas psicóticos
- Mayor duración del episodio depresivo al momento del diagnóstico
- Mayor número de episodios previos
- La depresión de inicio tardío ya que guarda una asociación importante con los cambios cerebrales

2.10 PANORAMA MUNDIAL DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural .(3) .La prevalencia de depresión en el adulto mayor en el estudio Eurodep, utilizando un cuestionario para ese continente, reportó 8,8% en Islandia y 23,6% en Alemania. En Suecia se reporta una prevalencia de 12 a 14% y en Taiwán 21,2 %. (4)

El estudio Share realizado en el Reino Unido describió prevalencias desde 18% en Dinamarca hasta 36% en España.(5) . Japón se tiene una prevalencia del 33,5%, en Estados Unidos la prevalencia oscila entre el 14,6 y 17,2%.(6)

Un estudio reciente en población de adultos mayores utilizando los criterios CIE-10 reportó prevalencias de 2,3% en Puerto Rico, 13.8% en República Dominicana, 4,9% en Cuba, 0,3% en China urbana, 0,7% en China rural, 3,9% India urbana, 12,6% India rural y 0,5% en Nigeria, sin embargo las cifras son menores cuando se utilizan instrumentos diagnósticos, como los del CIE 10 o los de DSM-V en comparación con instrumentos de tamizaje, como la escala de Yesavage o el Eurodep. En Chile, la prevalencia de depresión se ha reportado entre 7,6% y 16,3 (4) .

En Colombia, un estudio en pacientes ambulatorios encontró depresión en 11,5% de mujeres y 4% de hombres.(4)

Se realizó en Costa Rica un estudio de tipo trasversal, descriptivo y analítico en 2015, utilizando la escala GDS de 15 ítems, el total de sujetos analizados fue de 2103, encontrándose una prevalencia de 18.1% para la población en general.

2.11 PANORAMA NACIONAL DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

Según la Situación de las personas Adultas mayores en México del Instituto Nacional de las mujeres muestra porcentajes importantes de la población adulta mayor tiene padecimientos mentales. Un 17.6% presenta síntomas depresivos significativos, 22.1% de las mujeres y 12.5% de los hombres; 7.3% presenta deterioro cognitivo, 8.3% de las mujeres y 6.3% de los hombres; y 7.9% sufre demencia, 9.1% de ellas y 6.9% de ellos. (7)

En un estudio realizado en México por un panel de expertos de la INEGI y de las Universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin en 2012 determinaron la prevalencia de depresión en mujeres y hombres mayores de 60 y hasta 103 años en México a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento ,se encontró que existe una prevalencia de depresión en personas mayores de 74.3% (1734 hombres mayores y 2186 mujeres) a partir de un cuestionario aplicado de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI),esta encuesta que consta de 10 ítems para evaluar la presencia de síntomas asociados a un estado depresivo.(8)

En un estudio Analítico que se realizó en beneficiarios de un programa social de adultos mayores de 60 años en ciudad Juárez Chihuahua, durante el 1 de enero al 31 de diciembre de 2012 se encuestó a 941 adultos mayores de 60 años y más, que viven en pobreza extrema y se incluyeron mediante una muestra probabilística con un 99% de confiabilidad y

1% de margen de error, la elección de los participantes fue mediante una selección aleatoria del censo de beneficiarios. La prevalencia de la depresión fue del 45.48% en los adultos mayores, siendo las mujeres más afectas con 46.75%. Se encontraron altas cifras de estados depresivos en aquellas personas portadoras de Hipertensión arterial y cardiopatías con el 64.25 de la depresión.(9)

La prevalencia de depresión estimada en adultos mayores residentes en Ciudad Victoria, Tamaulipas el cual se estudiaron a 1,126 personas de sesenta años y más por grupos de edad y sexo. La prevalencia de síntomas depresivos en esta población fue del 29%, un 14,3% para la depresión leve y un 14,7% para la depresión mayor. Las mujeres mostraron una mayor proporción de síntomas depresivos (31,6%) que los varones (25,2%).(10)

En población usuaria del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal se identificó una prevalencia de depresión del 21.7% afectando más a las mujeres y en la edad > 75 años, con problemas financieros, estar separado o divorciado.(9)

2.12 PANORAMA DE LA POBLACION ADULTA MAYOR EN MÉXICO

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO).En las Proyecciones de la población de México, 2010-2030. Estima que para el año 2030 habrán en México 20.4 millones de Personas adultas mayores.(11) Para 2030, la estimación de la población de 60 años y más a nivel nacional mostrará un aumento considerable, 15 de cada 100 personas serán adultas mayores.(12).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó en 2016 la existencia de 12,43 millones de personas mayores de 60 años, lo cual representaba el 10,0% de la población mexicana.

2.13. ESTABLECIMIENTO DE LA EDAD PARA CONSIDERAR A UN ADULTO MAYOR

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor (Gobierno del Distrito Federal, 2014). También este criterio es utilizado por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y otras instancias como la Secretaría de Salud.(7)

2.14. FACTORES DEMOGRAFICOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Para hombres y mujeres el hecho de tener de 70 a 79 años incrementa su probabilidad de parecer depresión en esta etapa de vida. La edad se considera una variable que incide de forma directa en la ocurrencia de trastornos emocionales. Se determinó que la depresión está relacionada con el sexo de una forma significativa encontrándose una propensión a la depresión 80% mayor en las mujeres que los hombres.(8)

La proporción de depresión es más alta en mujeres que en hombres. Las viudas, ancianos aislados, pobres, institucionalizados y sometidos a estrés presentan depresión más frecuentemente.(13)

Un estudio transversal realizado en Perú en 2016 (Jennifer Vilchez-Cornejo, et al 2016) se encontró que el tener entre 80 a 89 años predisponía a un 91% más de probabilidades en desarrollar depresión(6)

2.15. FACTORES SOCIOECONOMICOS ASOCIADOS A DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

La escolaridad aparece como un factor de riesgo para la aparición de la depresión mayor en personas por falta de educación formal, según los resultados del modelo existe una relación

significativa entre la falta de educación formal y la aparición de la depresión sin distinción de sexo. Una mujer sin educación tiene 2.5 veces mayor posibilidad de tener depresión que una mujer con educación formal y un hombre sin educación tiene 1.34 veces más posibilidades de tener depresión. Ello refleja que nivel educativo es un factor que contribuye a que las personas mayores tengan mayor o menor tolerancia a eventos estresantes de vida.(14)

Las personas con ningún grado de escolaridad tienen más de 2.5 veces más propensión de deprimirse que los que tienen educación secundaria o superior.(15)

El estado civil muestra asociación con la aparición de la depresión, para las mujeres el hecho de estar divorciadas es un factor que aumenta sus probabilidades de depresión, situación que posiblemente se asocie a otras condiciones como la vulnerabilidad económica; en hombres solteros, el estado civil presentan 1.203 veces más la probabilidad de tener depresión que los casados. La depresión también se encuentra ligada al estado civil particularmente a las circunstancias que rodean a la viudez. La separación de un ser querido incrementa la sensación de soledad, aislamiento, abandono, frustración, descuido personal e incluso agudización de enfermedades crónicas y incapacitante .(14)

La jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente “productivo”, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos.(16)

La depresión en adultos mayores, que afecta múltiples esferas de la vida y tiene el potencial de favorecer eventos adversos tales como la comorbilidad, disminución de las funciones físicas, cognitivas y sociales (contacto frecuente con familiares, amigos o vecinos, y la participación en actividades de grupos organizados y de aprendizaje), así como una mayor

auto-negligencia en el cuidado de su salud; todo lo cual, a su vez, incrementa el riesgo de mortalidad y disminuye la calidad de vida de las personas adultas mayores. (7)

Según Conwel y Doernstein la depresión responde a diversos factores como la esfera social (aislamiento, poco relacionamiento, pérdida del trabajo), biológica, médica (insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, neoplasias, dolores crónicos), psiquiátrica (abuso de sustancia, deterioro cognitivo, trastornos del sueño), y psicológicos. Los dolores crónicos, en especial los óseos, producen un profundo abatimiento de las actividades básicas e instrumentales en los pacientes geriátricos por lo que esta población se encuentra susceptible para presentar cuadros de depresión y de ideas suicidas.(9)

Otro factor de riesgo económico para presentar depresión, en este caso para ambos sexos, es recibir ayuda económica. Esta situación concuerda con Wong *et al.* (2014), al señalar que las personas mayores tienen que aceptar su condición de dependencia económica frente a su familia y asumir su vulnerabilidad al no contar con ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas. El depender económicamente de otros individuos e incluso de las ayudas proporcionadas por el Estado altera la esfera psicosocial de los individuos con sentimientos de inutilidad y desánimo.(14)

Los vínculos sociales fuertes incrementan las relaciones sociales y se constituyen como una fuente de apoyo e intercambio social, por lo que los adultos mayores que descuidan las relaciones con personas cercanas al núcleo familiar, amistades y vecinos y que cuentan con poco apoyo no sienten satisfacción consigo, y tienden a presentar más síntomas de depresión en comparación con quienes cuentan con vínculos sociales más cercanos y satisfactorios (Alarcón y García, 2003)

La población que se encuentra en la vejez se ha considerado un grupo potencialmente vulnerable y con altas tasas de dependencia económica al no tener recursos suficientes para satisfacer sus necesidades en cantidad y calidad (Ribeiro, 2010).

Las actividades sociales, educativas, artísticas, manuales, deportivas y artesanales favorecen la salud física y mental de las personas mayores y ejercen una función protectora frente a la vulnerabilidad (Campos y Navarro, 2004; García *et al.*, 2001; Mejía *et al.*, 2007; Pando *et al.*, 2001)

2.16. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

Una investigación que se desarrolló en Colombia en Mayo-Junio 2016 con un tipo de estudio observacional con diseño trasversal, donde se incluyeron a 219 adultos mayores de 60 años, se aplicó la escala de GDS de 15 ítems. El 11% refirió haber tenido enfermedad cardiovascular y el 3.2% enfermedad cerebrovascular.

Diabetes y cardiopatías han sido relacionadas con la depresión; el estudio ELSA (English Longitudinal Study of Ageing), realizado en 4454 pacientes diabéticos adultos mayores, demostró asociación entre depresión-diabetes y diabetes-trastornos cardiovasculares.

Un estudio realizado en la ciudad de Medellín en Colombia en 2015 ,donde se estudiaron a 664 personas mayores de 60 años , dentro de las enfermedades prevalentes de la tercera edad, se encontró que más de la mitad de los adultos mayores padecen de enfermedades crónicas no trasmisibles, donde la enfermedad cardiovascular esta reportada en un 59,6%, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en 20,7%, la diabetes en un 13,4%, el hipotiroidismo en un 14,9% y el cáncer en 5,6% de los adultos mayores.(17)

Las causas por las que un adulto mayor se deprime son diversas; la muerte del cónyuge, hijos o familiares cercanos, pensionarse o dejar de trabajar, pérdida de la independencia y autonomía, soledad o ausencia de redes de apoyo, efectos secundarios de los medicamentos, enfermedades como hipotiroidismo, cáncer, Diabetes Mellitus o las incapacitantes como el Parkinson, cerebrovasculares, cardiovasculares o reumatológicas asociadas al dolor crónico, etc.(18)

La depresión ha sido asociada como factor de riesgo en enfermedades físicas, en especial, con enfermedades de tipo cardiovascular (Giner et al., 2014) o trastornos de tipo metabólico como la diabetes (Yu, Zhang, Lu, y Fang, 2015).

Según (Chavarría Araya, 2015) el adulto mayor con depresión puede presentarse como poli consultante, con múltiples síntomas somáticos, dolencias médicas nuevas o exacerbaciones de síntomas cardiopulmonares, gastrointestinales, dolores articulares, deterioro funcional, fatiga, insomnio, alteraciones del apetito, entre otros.(19)

El estudio multicéntrico IMPACT, realizado a 1801 adultos mayores, encontró que los pacientes con insomnio tenían mayor probabilidad de tener depresión y mayor persistencia de la enfermedad.(13)

Las tasas de suicidios son más altas entre los ancianos, la conducta suicida del adulto mayor tiene características propias, tiene menos intentos que los jóvenes, pero son más efectivos y da menos señales de aviso

2.17. ESCALA PARA VALORAR DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma

alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986.(20)

Para facilitar la detección de los cuadros depresivos, es útil la aplicación del cuestionario GDS-15, en su versión reducida, por ser corto, accesible, reproducible, fiable y de fácil utilización por parte del personal sanitario el cual no requiere ningún tipo de entrenamiento previo (únicamente las instrucciones adjuntas al cuestionario).(17).

La versión abreviada española de la escala de depresión geriátrica de Yesavage con quince preguntas. Es la prueba Estándar de Oro (Gold Standard) utilizada para detectar elementos depresivos en el adulto mayor, siendo esta la escala recomendada por la Sociedad de Geriátrica de Gran Bretaña para evaluar la depresión en los ancianos. Evita los síntomas somáticos, focalizando la atención en la semiología depresiva y calidad de vida. En los estudios realizados en España, la versión reducida de 15 ítems de la escala de depresión geriátrica de Yesavage ha demostrado una fiabilidad intraobservador ha sido del 0,95 y la interobservador del 0,65, con una consistencia interna de 0,99.(21)

En la escala de GDS-15 el puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. El GDS puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo.

2.18. IMPORTANCIA DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR

La OMS define "red" como la agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza.

Las redes sociales han sido definidas como una práctica simbólico-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.

Se ha destacado el papel que la familia cumple en el apoyo social que reciben los adultos mayores. Según datos de la SABE, en México 79% de los adultos mayores entrevistados puede contar con su familia en caso de necesitarla. Cuando los mayores requieren de apoyo acceden ya sea a la pareja o a los hijos. Según estos mismos datos, los amigos o vecinos, en general, representan una fuente secundaria de apoyo. Se puede apreciar que la principal fuente de apoyo para los AM la representan los hijos seguidos por la pareja, y que a excepción de los hijos, la red está compuesta mayoritariamente por mujeres. (22)

Las redes de apoyo social cobran un valor significativo para las personas mayores en la medida en que pueden brindar la oportunidad de continuar participando activamente en tareas productivas durante la vejez. La satisfacción con el apoyo familiar referida por los adultos mayores encuestados indica que el mayor porcentaje se encontraba satisfecho con el apoyo que recibía de su familia (78,1 % en hombres y 68,5 % en mujeres). (23)

Montes de Oca señala que la existencia de redes sociales "...no garantiza que el apoyo social sea constante.

Los adultos mayores consideran que el apoyo emocional es el más recíproco de sus intercambios, no sólo en la medida de lo que puedan recibir, sino más importante en términos de lo que pueden brindar. La mayoría de las redes de apoyo de los adultos mayores están compuestas por miembros de la familia cercana, que viven en la misma localidad. Los adultos mayores que están separados, viudos, o solteros se ven en la necesidad de diversificar su red de apoyo y esto implica que puedan tener mayores contactos con familiares y amigos.(23)

Los adultos mayores que no tienen un círculo afectivo familiar, en especial aquellos que presentan afecciones somáticas graves o de afecciones sensoriales, presentan mayor riesgo de depresión(17)

Los tipos de apoyo se pueden clasificar, según Guzmán, en cuatro tipos:

- a) Apoyo material, que implica un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios como otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.)
- b) Apoyo instrumental, que puede ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado, etc.
- c) Apoyos emocionales, que se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Pueden tomar distintas formas que van desde visitas periódicas, ser escuchado, transmisión física de afectos, etc.
- d) Apoyo cognitivo, el cual se refiere al intercambio de experiencias e información (significado), así como dar o recibir consejos que permitan entender una situación.(22)

2.19. FUENTES DE APOYO

En la literatura se distinguen: fuentes formales de apoyo y fuentes informales de apoyo. El sistema formal de apoyo posee una organización burocrática, un objetivo específico de apoyo en áreas determinadas y utiliza profesionales o voluntarios para garantizar sus metas. En general se refiere a las intervenciones de orden más estructurado como son las políticas públicas. El sistema informal de apoyo se distingue del primero por su naturaleza individual y no burocrática. En general se encuentran incluidos en este sistema la familia, los amigos y vecinos de la persona de edad avanzada (20)

2.20 .ESCALA PARA VALORAR RED DE APOYO SOCIAL

❖ Escala de DUKE -UNC 11

Es un cuestionario estructurado de autoevaluación, sencillo y breve, validado en español, con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.92; consta de 11 ítems, evaluado mediante una escala de Likert con 5 opciones de respuesta, puntuadas de 1 a 5 (desde mucho de lo que deseo hasta mucho menos de lo que deseo). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos.(24). Se trata de un cuestionario validado que recoge la opinión de la persona entrevistada acerca de la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente. Comprende las dimensiones: afectiva, y confidencial. El apoyo afectivo se valora a través de los ítems que se corresponden con las preguntas 2, 3, 5, 9, 11 del cuestionario, con una puntuación total máxima de 25. Se considera apoyo afectivo bueno si obtenemos más de 15 puntos en este apartado.

Para valorar el apoyo confidencial existen los ítems que corresponden a las preguntas 1, 4, 6, 7, 8 y 10, con puntuación total de 30; más de 18 puntos significan un buen apoyo confidencial. El punto de cohorte establecido por los autores para considerar percepción de apoyo social es de 32 puntos en adelante.(24)

2.21. ADULTO MAYOR Y LA FAMILIA

➤ **FAMILIA**

De acuerdo con su definición etimológica: “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens”, a su vez derivado de famŭlus, “siervo, esclavo”. El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del pater familias, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a gens (Enciclopedia Británica, 2009: 2).

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2012), menciona que: la familia es el ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano pues constituye la base en la construcción de la identidad, autoestima y esquemas de convivencia social elementales. Como núcleo de la sociedad, la familia es una institución fundamental para la educación y el fomento de los valores humanos esenciales que se transmiten de generación en generación.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013a) afirma que la familia es “el ámbito donde los individuos nacen y se desarrollan, así como el contexto en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización”.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2012) define a la familia como “como una unidad en los estudios demográficos que representa todo un hogar o una parte de éste; una

familia estadística o una familia censal generalmente se compone de todos los miembros de un hogar emparentados por consanguinidad, adopción o matrimonio”

En referencia al rol determinante de la familia para el desarrollo social y el bienestar de sus miembros, se puede concluir que: la familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobretodo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad.

Tipología de familia según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)(25)

- Familia unipersonal: Hogar integrado por una sola persona (jefe del hogar), exclusivamente.
- Familia nuclear: Hogar conformado por un núcleo conyugal primario (jefe del hogar y cónyuge sin hijos, o jefe y cónyuge con hijos, o jefe con hijos), exclusivamente.
- Familia extensa: Hogar conformado por una familia nuclear más otros parientes no-nucleares, exclusivamente.
- Familia compuesta/ ensambladas :Familia formada por una familia nuclear o una familia extensa más otros no-parientes

La importancia de la familia para el adulto mayor está dada en ser la instancia donde se encuentran quienes le pueden brindar la ayuda que pudiera necesitar y ser fuente de apoyo afectivo tan necesario para asumir las pérdidas que conlleva el envejecer.

En un estudio descriptivo y transversal con las familias en las que viven adultos mayores realizado en Cuba en 2012, en ese estudio concluyeron que los adultos mayores estudiados predominaron las estructura extensa con 4 a 6 integrantes y la presencia de 2 adultos mayores en las mismas.(26)

3. JUSTIFICACIÓN

El tema de la investigación pretende identificar la prevalencia de depresión en pacientes adultos mayores adscritos a la UMF 15, así como los principales factores de riesgo para el desarrollo de depresión, se busca que mediante la aplicaciones de instrumentos como la escala de depresión geriátrica modificada GDS (Geriatric Depresión Scale) sea de manera útil y sencilla para identificar los estadios de depresión en las personas mayores durante la consulta en un tiempo breve , que tengan resultados confiables y aplicando la escala de DUKE nos permitirá evaluar el apoyo afectivo , el apoyo confidencial con los que cuenta un adulto mayor para así realizar estrategias preventivas que tengan como finalidad preservar la funcionalidad de las personas adultas mayores . Se ha revisado en la literatura que la esperanza de vida a nivel mundial ha ido en aumento y que para el 2030 la depresión en adultos mayores será la segunda causa de discapacidad. En la consulta de la unidad de medicina familiar número 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social, se atiende 37.45% que representan a 54,993 personas adultas mayores que acuden a la consulta externa de medicina familiar de un total de población en general de 146,813 según datos obtenidos de ARIMAC, nos enfrentamos a nivel mundial con el crecimiento acelerado de la población, para el año 2030 la población de adultos mayores en México será de 20.4 millones de habitantes según cifras de la CONAPO (Consejo Nacional de Población), por lo que debemos estar preparados como profesionales de la salud en abordar de manera preventiva e identificar los factores de riesgo que conlleven a detonar la depresión en los adultos mayores de la unidad de medicina familiar N°15. La depresión en el adulto mayor agrava las comorbilidades y aumenta la necesidad de atención en la familia, un adulto mayor con depresión se vuelve más vulnerable y debe de saberse que no es parte normal del envejecimiento. Se pretende

conocer la importancia de las redes de apoyo tanto de la familia, amigos y de la misma sociedad. Así mismo se pretende que esta investigación se realice estrategias en conjunto con el personal de salud para identificar a los adultos mayores en estado de vulnerabilidad en patologías como la depresión.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión en los adultos mayores es una patología de vital importancia que atender en la consulta externa de medicina familiar, debido a su alta prevalencia que se presenta a nivel mundial y según la OMS más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural. Los síntomas de la depresión en un adulto mayor se traslapan con frecuencia con síntomas normales del envejecimiento. Como profesionales de la salud debemos tener un acercamiento en la detección oportuna de síntomas depresivos en los adultos mayores que en ocasiones se diagnostican con otras patologías.

Es de menester conocer cómo la depresión afecta la calidad de vida de las personas adultas mayores, repercutiendo en las diferentes esferas bio-psico-social, afectando su funcionalidad, aislándose de la sociedad. Un adulto mayor con depresión es muy vulnerable que puede tener como consecuencia el suicidio. En la UMF no se ha realizado algún estudio de depresión de adultos mayores. Por el cual surge la necesidad de conocer la situación actual de la depresión de los adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar N° 15, considerando que este estudio es factible de realizarse ya que permitirá realizar estrategias preventivas, permitirá la toma de decisiones en cuanto a la atención oportuna psicoterapéutica y psiquiátrica que puedan recibir los adultos mayores al ser diagnosticados con sintomatología depresiva y de esta manera mejorar su calidad de vida y los resultados obtenidos pueden brindar un acercamiento del riesgo de depresión en la población geriátrica de la UMF 15.

4.1 Pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 años y más inscritos en la UMF #15 ,Ciudad de México Sur, en el periodo de noviembre a diciembre de 2019?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 años y más inscritos en la UMF 15, IMSS, Ciudad de México Sur. Durante Noviembre a Diciembre de 2019.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los factores de riesgo más frecuentes en la depresión en el adulto mayor de 60 años y más
- Conocer las características socioeconómicas en el adulto mayor de 60 años y más
- Conocer las características sociodemográficas en el adulto mayor de 60 años y más
- Conocer el tipo de apoyo social percibido en el adulto mayor de 60 años y más
- Conocer la tipología familiar de acuerdo a su composición en el adulto mayor de 60 años y más.

6. HIPOTESIS

La prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 años y más inscritos en la UMF 15, IMSS, Ciudad de México sur, será mayor del 30% .

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Características del estudio

7.2 Tipo de investigación

Descriptivo, Observacional y transversal.

7.3 El universo de estudio

Adultos mayores de 60 años y más que acudieron a la UMF 15 en noviembre a Diciembre de 2019.

7.4 Tamaño de muestra

Se realizó de tipo no probabilístico, se utilizó la fórmula de poblaciones finitas para determinar el tamaño de la población; mediante una selección por conveniencia de los pacientes que acudieron a la consulta externa, por lo que se utilizó la siguiente ecuación:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$
$$n = \frac{54993 (1.96)^2 * 0.265 * 0.95}{(0.05)^2 (54992) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.95}$$
$$n = \frac{54993(3.8416) * 0.25175}{(0.0025) * (54992) + (3.8416) * 0.5 * 0.95}$$
$$n = \frac{53184.9841404}{139.30476}$$
$$n = 381.788$$

n= tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

Z= valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.

p = proporción esperada

q= proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p). La suma de la p y la q siempre debe dar 1.

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

Tamaño de la población (N)= 54993

Z=1.96 al cuadrado la seguridad es del 95%

P=proporción esperada en este caso (26.5%)

q= 1-p = en este caso 1- 0.05=0.95

Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir) = 5% (0.05)

d=precisión 5%

Tamaño de la muestra(n)=382

7.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.5.1 Criterios de Inclusión

- a) Pacientes adultos mayores de 60 años y más que acepten la participación en el estudio a través de la firma del consentimiento informado
- b) Pacientes adultos mayores de 60 años y más que se presenten a la consulta externa
- c) Pacientes adultos mayores de 60 años y más que contesten el instrumento en su totalidad

7.5.2 Criterios de Exclusión

- a) Pacientes adultos mayores de 60 años y más con demencia o delirium
- b) Pacientes adultos mayores de 60 años y más con deterioro auditivo grave
- c) Pacientes adultos mayores de 60 años y más con deterioro visual grave
- d) Pacientes adultos mayores de 60 años y más con tratamiento antidepresivo

7.5.3 Criterios de eliminación

Pacientes adultos mayores de 60 años y más que deseen retirarse del estudio.

8. VARIABLES

Variables Independientes	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
1.Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Se tomará la edad como el número de años cumplidos al momento del estudio.	cuantitativa	de razón	60 años en adelante.
2.Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Se describirá el sexo del paciente en el momento del estudio	Cualitativa.	nominal, dicotómica	1. Masculino 2. Femenino
3.Escolaridad	Periodo de tiempo que un individuo asiste a la escuela para estudiar y aprender.	Se tomará la escolaridad máxima del paciente como el último ciclo Terminado.	Cualitativa	Nominal Categórica	1. Ninguna 2.primaria incompleta 3.primaria completa 4.secundaria incompleta 5.secundaria completa 6. Bachillerato incompleto 7.bachillerato completo 8.licenciatura incompleta 9.licenciatura completa 10.Posgrad

Variables Independientes	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
4.Estado civil	El estado civil de las personas es la situación de las personas físicas y se determina por sus relaciones de familia, que nacen del matrimonio o del parentesco y establece ciertos derechos y deberes.	Se describirá el estado civil en el momento del estudio	Cualitativa	Nominal categórica	1.Casado 2.Viudo(a) 3.Union libre 4.separado (a) 5.divorciado(a) 6.Soltero (a)
5.Ocupación	El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.	Se describirá la actividad preponderante del paciente al momento del estudio.	Cualitativa.	Nominal categórica.	1. Hogar 2.Obrero 3.Ayudante general 4.Tecnico 5.Comerciante 6.empleado de oficina 7.Profesionista 8.Jubilado

Variables Independientes	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
6. Fuente de apoyo económico	Provisión de recursos monetarios para el desarrollo de una determinada actividad	Se registrará la fuente de apoyo percibida	cualitativa	Nominal Categorica	1.-No 2. Familia 3.Amigos 4. Iglesia 5.Institucion gubernamental 6.Asociación civil 7.vecinos 8.Otros
7.apoyo social	Serie de recursos psicológicos (proveniente de otras personas, amigos , etc.) que son significativas para un individuo y que lo hacen sentirse estimado	Se registrará el apoyo social percibido	cualitativa	Nominal categorica	1.No 2.Familia 3.Amigos 4.Iglesia 5. clubes 9.grupo de adultos mayores 10.Excompañeros de trabajo 11. abandono

Variables Independientes	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
8.Enfermedades crónicas no trasmisibles:	Son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta y se considera crónica no trasmisible que tenga una duración mayor a 6 meses.	Se registrará la enfermedad crónica que padece el paciente al momento del estudio	cualitativa	Nominal categórica	1.Ninguno 2.Diabetes 3.Hipertensión 4.Enfermedad cardiovascular 5. Enfermedad cerebrovascular 6.Epilepsia 7.Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 8.Artritis 9.Enfermedad Renal 10.Otro
9.Tratamiento con benzodicepinas	Es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar y curar una enfermedad al usar medicamentos psicotrópicos que son utilizados en los cuadros de ansiedad e insomnio, disminuyendo la actividad neuronal , con efectos sedantes , hipnóticos, ansiolíticos ,anticonvulsivos, amnésicos miorrelajantes.	Se registrará si consume o no medicamento psicotrópico al momento del estudio	cualitativa	Nominal dicotómica	1. Si 2. No

Variables Independientes	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
10. Insomnio	es un trastorno del sueño frecuente que puede causar dificultad para conciliar el sueño	Se registrará si el sujeto duerme o no duerme durante la noche	cualitativa	Nominal dicotómica	1.Si 2.No

Variable Dependiente					
Depresión	trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración	Se tomara en cuenta la presencia de síntomas depresivos a partir del puntaje obtenido en la escala de depresión geriátrica GDS (Geriatric Depression Scale)	Cualitativa	Nominal ordinal	Se otorga un punto por cada respuesta que indique la presencia de síntomas depresivos. 0-4 puntos, se considera normal sin síntomas depresivos; 5-8 puntos indica depresión leve; 9-10 puntos indica depresión moderada; 12-15 puntos indica depresión grave.

9. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Una vez aprobado el proyecto de investigación por el SIRELCIS se notificó, se pidió autorización mediante un oficio por parte del investigador que fue dirigido a ARIMAC de la UMF N°15 para la obtención de datos de los pacientes mayores de 60 años y más inscritos a la unidad de medicina familiar número 15, a los cuales se les pidió colaboración para realizar recolección de datos, para su posterior análisis, y presentación de resultados.

Para la selección de los pacientes adultos mayores se realizó por conveniencia, encuestando a 6 pacientes de cada consultorio, de ambos turnos, hasta que se completó el tamaño de la muestra, se les hizo hincapié la participación del estudio es de manera voluntaria y que no modifica la atención de calidad del paciente adulto mayor. Se les entregó la carta de consentimiento informado a cada uno de los participantes para su firma. Posteriormente, se le aplicó el cuestionario para recabar datos sociodemográficos, socioeconómicos, factores de riesgo, tipología familiar, así como la aplicación del test GDS 15, escala de DUKE UNC 11 (apoyo social). Se aplicó el cuestionario cara a cara para recabar datos.

Se utilizó los siguientes Instrumentos:

- Para determinar la prevalencia de depresión, se aplicó la versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS-15) que consta de 15 ítems.

- El puntaje de 0-4 se considera normal, 5-8 indica depresión leve; 9-10 depresión moderada, 12-15 puntos indica depresión grave. La escala total presentó un coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0.87
- Para determinar el apoyo social percibido en los adultos mayores se utilizó la escala de DUKE UNC 11 que comprende las dimensiones: afectiva, y confidencial. Apoyo afectivo ítems 2, 3, 5,9, cifras menores de puntajes a 15 indican escaso apoyo afectivo. Apoyo confidencial ítems 1, 4, 6, 7,8 y 10 con puntaje menor a 18 indica escaso apoyo confidencial. Tiene un alfa de Cronbach para la escala total de 0.92, para la subescala de apoyo afectivo un alfa de Cronbach de 0.79 y de 0.88 para la subescala de apoyo confidencial.

9.1 ANALISIS ESTADÍSTICO.

La información obtenida se analizó a través del paquete estadístico SPSS, versión 19.9 y el programa Epidat 3.0.

- Las variables cualitativas se analizó con frecuencias y porcentajes.
- Las variables cuantitativas se analizó a través de medidas de tendencia central y dispersión.
- Las variables que se encuentren asociadas a riesgo de depresión se empleará la medida estadística OR (Odds Ratio).

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio cumple con las consideraciones formuladas en la declaración de Helsinki 1964, y su última modificación oficial en Tokio 2004. Así como se apega a las consideraciones formuladas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud con fecha de 06 de enero de 1987 donde se menciona la investigación en seres humanos debe prevalecer el respeto a su dignidad, para el presente estudio se aplicara un cuestionario en forma anónima, cumpliendo con la protección de sus derechos y bienestar, así como la privacidad del individuo sujeto de investigación ya que no compromete la integridad física, social y psicológica de las personas y al instructivo para la operación de la comisión de investigación científica y de los comités locales de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En este estudio se aplicará escalas de valoración geriátrica donde evaluará los grados de depresión de adulto mayor, y escala de evaluación del apoyo social percibido, por lo tanto este estudio cumple con los siguientes puntos:

Principio de beneficencia: en este estudio no se hará daño al paciente, se pretende detectar el problema de manera preventiva y canalizarlo para su atención. El principal objetivo es cuidado de la salud de los pacientes adultos mayores.

Principio de justicia. Exige que los posibles beneficios obtenidos de la investigación se asignen o distribuyan en forma justa y los aprovechen en primer lugar los mismos sujetos adultos mayores que aceptaron participar en el estudio.

Principio de confidencialidad. En el presente estudio la identidad y los datos personales obtenidos del cuestionario de los pacientes adultos mayores se mantendrán anónimos.

Por lo tanto, se trata de una investigación sin riesgo ya que emplea técnicas y métodos de investigación, sin llevarse ningún tipo de intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en este estudio.

El investigador se apegara a la pauta 12: Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud; así como apego a pauta 9: Personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado, el cual antes de realizar el cuestionario, se le leerá a cada uno de los participantes adultos mayores para realización de dicho estudio. De acuerdo a las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS)

11.RECURSOS.

11.1 Recursos Humanos

1. Investigador principal: Beatriz Luiz Villagómez

Médico especialista en medicina familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N° 15 IMSS.

2. Asesor metodológico: Laura Patricia Angulo Camarena, médico especialista en Psiquiatría, HGZ1-A “DR. Rodolfo Antonio De Mucha Macías”

3. colaboradores: Laura Patricia Angulo Camarena, Elda Edith Martínez Ramírez

11.2 Recursos Materiales: Computadora, paquetería básica de Microsoft, Software de estadística, impresora, hojas blancas, hojas impresas con el cuestionario, bolígrafos a cargo de los colaboradores.

11.3 Recursos Financieros: se utilizarán los recursos propios del instituto.

La recolección de la información se realizó de manera digital, por medios electrónicos o en versión impresa mediante copias, propiedad de los investigadores.

11.4 Aspectos de bioseguridad.

Ninguno, no se almacenarán muestras biológicas durante la realización de este estudio.

12. Conflicto de intereses

El investigador principal y colaboradores declaran no tener conflicto de interés del presente proyecto.

13. Limitaciones del estudio

Hay poca investigación, literatura enfocada y actualizada sobre la depresión en adultos mayores, sin embargo puede servir como una oportunidad para identificar nuevas brechas en la literatura y consecuentemente nuevas investigaciones.

Es importante mencionar que se contó con el apoyo del personal de la UMF #15 como ARIMAC, trabajo social, asistentes médicas, consultorios y de los mismos pacientes adultos mayores para obtención de información y recolección de datos.

14. Beneficios esperados

Con el resultado obtenido en la investigación, se da la oportunidad para continuar con otra directriz para las necesidades de futuras investigaciones que puedan prevenir la depresión en los adultos mayores de la UMF 15.

15. RESULTADOS

Se encuestó a 382 personas mayores de 60 años y más, de la Unidad de Medicina Familiar número 15 del Instituto Mexicano del Seguro social en la ciudad de México , donde se obtuvo en este estudio una prevalencia del 30.89 % de pacientes adultos mayores con depresión.

○ PREVALENCIA

$$Prevalencia = \frac{118}{382} * 100 = 30.89\%$$

A continuación se muestran los resultados del cuestionario de recolección de datos (Anexo).

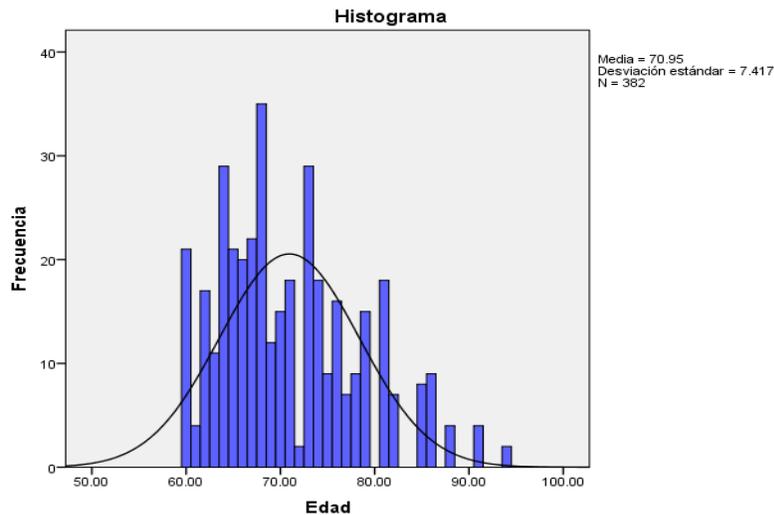
Primero se muestran las frecuencias junto con histogramas de frecuencia y gráficas de barras, en algunos casos las medidas de tendencia central.

FRECUENCIAS

✓ EDAD

En el Gráfico 1 se aprecia el histograma de Frecuencia de la edad, donde se puede ver además la curva de normalidad, donde la media se establece en 71 años, con una desviación estándar de 7.4, encuestando a 382 pacientes.

Gráfico 1 Histograma de Frecuencia de la Edad



Se puede apreciar en la tabla 1, los estadísticos de tendencia central aplicados a la edad donde se resalta que la media es de 71 años, mientras que la edad máxima fue de 94 años y la mínima de 60 años, con una desviación estándar de 7.4.

Tabla 1.- Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
Edad	382	60.00	94.00	70.9476	7.41690	55.010
N válido (por lista)	382					

✓ **SEXO**

La tabla 2. Muestra la cantidad de hombres y mujeres, donde se resalta que el 60.5 %(231) de los pacientes que contestaron el cuestionario son mujeres.

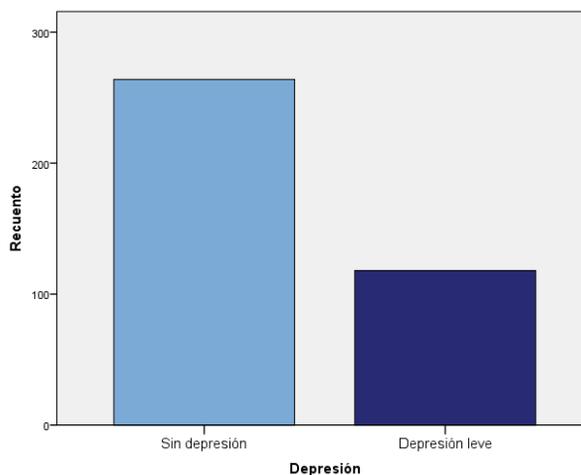
Tabla 2.- Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Mujer	231	60.5	60.5	60.5
Hombre	151	39.5	39.5	100.0
Total	382	100.0	100.0	

✓ **DEPRESIÓN GERIÁTRICA. ESCALA GDS**

El 30.9% de los pacientes presentan una depresión leve, considerando 382 pacientes esto representa 118 con depresión leve, cómo se muestra en el gráfico 2.

Gráfico 2.



TABLAS CRUZADAS

➤ EDAD * DEPRESIÓN

Las personas con 81 años presentaron más casos de depresión leve, 18 casos que representan (15,25%) cómo se ve en la tabla 3.

Tabla 3.- Tabla cruzada Edad * Depresión

Recuento

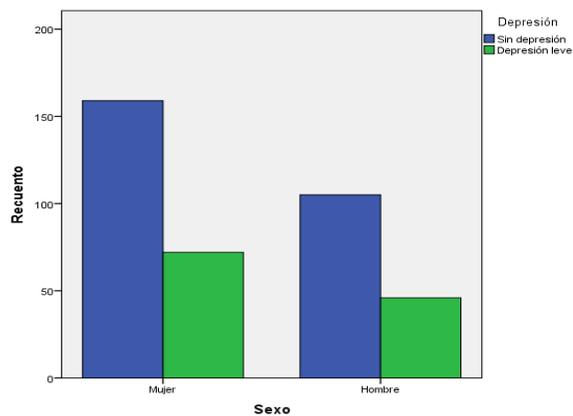
		Depresión		Total
		Sin depresión	Depresión leve	
Edad	60.00	17	4	21
	61.00	0	4	4
	62.00	17	0	17
	63.00	8	3	11
	64.00	23	6	29
	65.00	17	4	21
	66.00	20	0	20
	67.00	18	4	22
	68.00	25	10	35
	69.00	8	4	12
	70.00	7	8	15
	71.00	13	5	18
	72.00	0	2	2
	73.00	26	3	29
	74.00	10	8	18

75.00	5	4	9
76.00	8	8	16
77.00	7	0	7
78.00	0	9	9
79.00	13	2	15
81.00	0	18	18
82.00	7	0	7
85.00	0	8	8
86.00	5	4	9
88.00	4	0	4
91.00	4	0	4
94.00	2	0	2
Total	264	118	382

➤ SEXO * DEPRESIÓN

72 mujeres (61.01%) y 46 hombres (38.98%), presentan depresión leve y suman en total 118 pacientes cómo se muestra en el grafico 3.

Gráfico 3.- Sexo



➤ **ESCOLARIDAD * DEPRESIÓN**

Los pacientes que más presentaron depresión leve fueron los que tenían primaria completa (representan el 36.44%) y secundaria incompleta (representa el 16.10%), cómo se muestra en la tabla 4.

Tabla 4.- Tabla cruzada de Escolaridad * Depresión

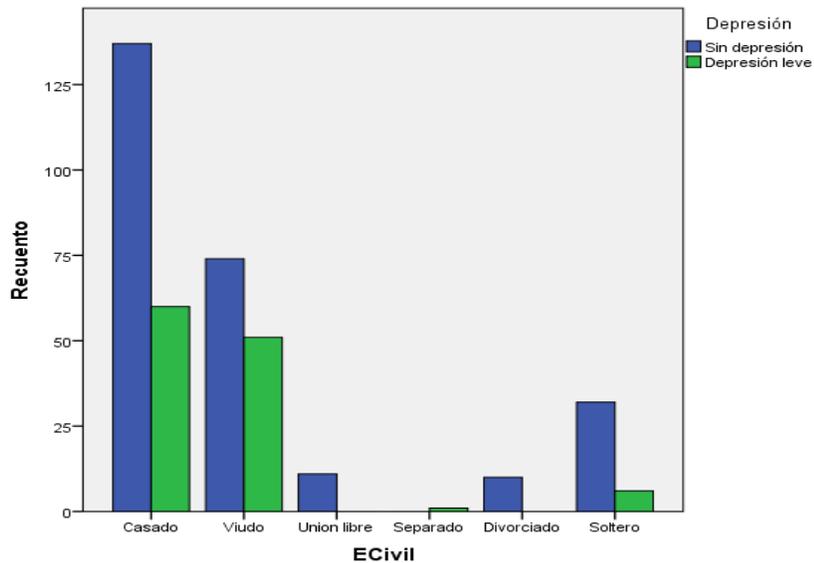
Recuento

		Depresión		Total
		Sin depresión	Depresión leve	
Escolaridad	Ninguna	5	0	5
	Primaria incompleta	16	17	33
	Primaria completa	81	43	124
	Secundaria incompleta	34	19	53
	Secundaria completa	28	10	38
	Bachillerato incompleto	22	11	33
	Bachillerato completo	26	17	43
	Licenciatura incompleta	9	1	10
	Licenciatura completa	43	0	43
Total		264	118	382

➤ ESTADO CIVIL * DEPRESIÓN

Los pacientes en estado de “casado” el que más pacientes con depresión presenta con un 50.84%, seguido de los pacientes viudos que representan un 43.22%, como lo muestra el grafico 4.

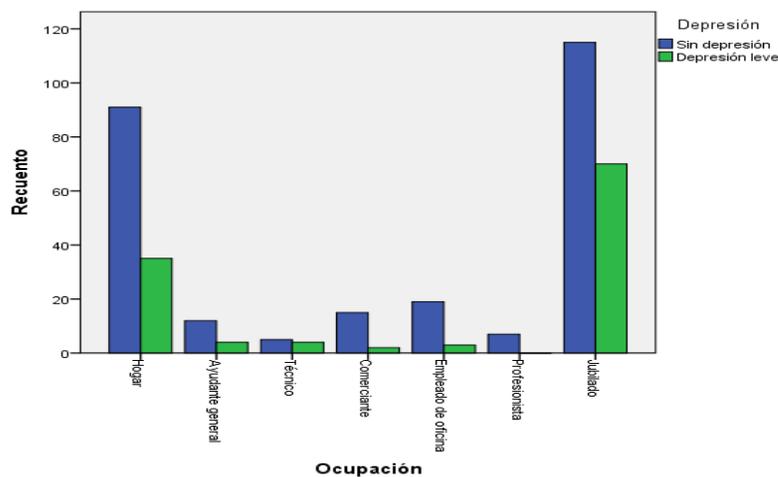
Gráfico 4- Estado civil



➤ OCUPACIÓN * DEPRESIÓN

Los jubilados y los pacientes que su ocupación era el hogar, son los que mayor número de casos de depresión leve presentan. Los pacientes jubilados que presentan depresión leve corresponde 59.32 %, en segundo lugar con un 29.66% pacientes con ocupación hogar, como lo muestra el grafico 5.

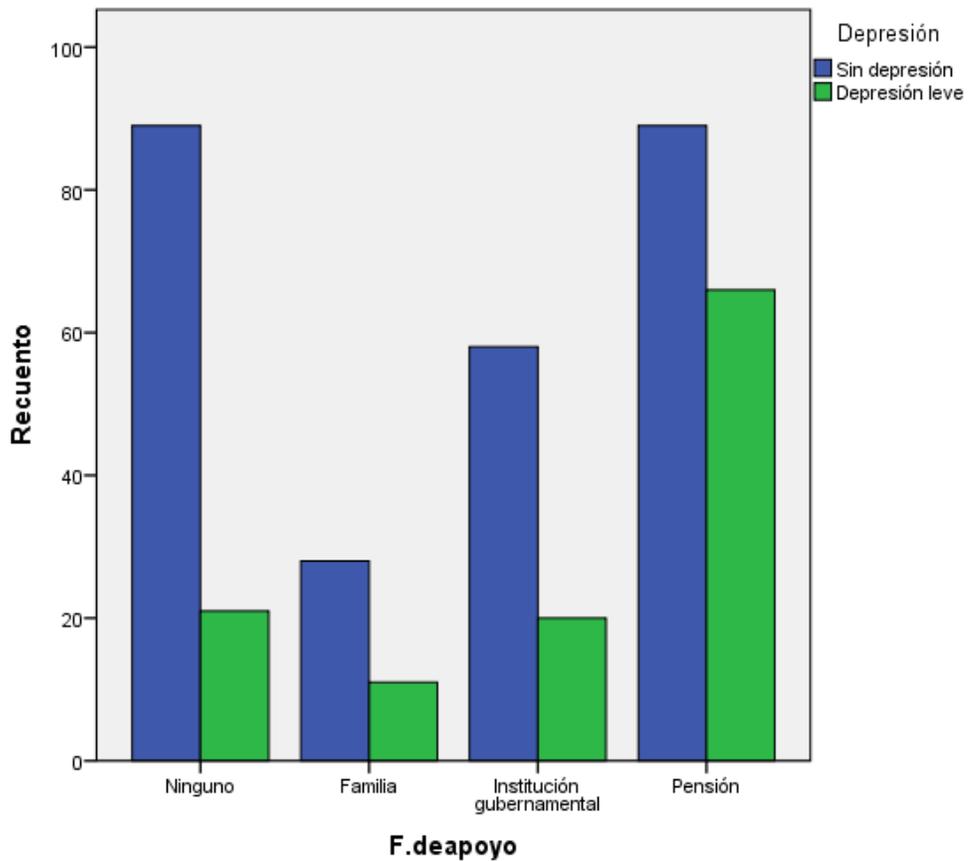
Gráfico 5.-



➤ FUENTE DE APOYO * DEPRESIÓN

Aquellos pacientes que cuentan con una pensión como fuente de apoyo, son los que más presentan casos de depresión con un 55.93%, como muestra el gráfico 6.

Gráfico 6.-



➤ **GRUPO DE APOYO SOCIAL * DEPRESIÓN**

La familia presenta el mayor grupo de apoyo para en los pacientes, como se muestra en el grafico 7 , que representa 37.28%, como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5.- cruzada

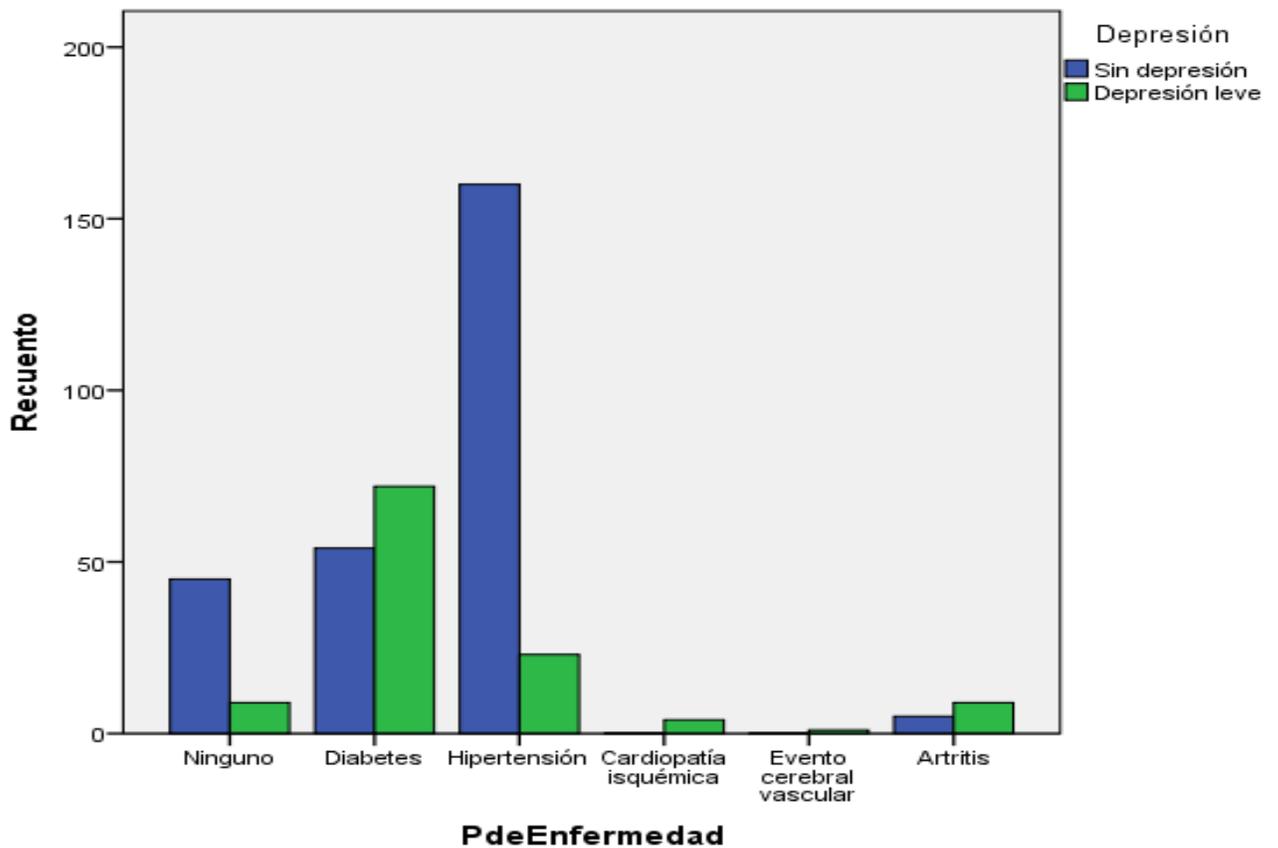
Recuento

		Depresión		Total
		Sin depresión	Depresión leve	
G.deapoyo	No	84	42	126
	Familia	104	44	148
	Amigos	14	0	14
	Iglesia	20	14	34
	Abandono	42	18	60
Total		264	118	382

➤ **PORTADOR DE ENFERMEDAD NO TRASMISIBLE * DEPRESIÓN**

Existen más personas con diabetes y depresión leve que representan al 61.01% y en segundo lugar aquellas con hipertensión que representan el 19.49 %, de acuerdo a la gráfica 8.

Gráfico 8.-



➤ **TRATAMIENTO CON BENZODIACEPINAS (CLONAZEPAM, DIAZEPAM, ALPRAZOLAM)**

Existe una asociación positiva fuerte con los pacientes que han tenido tratamiento con benzodiazepinas con los que no lo tienen al presentarse un valor de 11.6, por lo que son 11.6 veces más propensos de tener depresión leve los que han recibido tratamiento, cómo se muestra en la tabla 7 .

Tabla 7 - Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Tratamiento (Sí / No)	11.601	6.627	20.308
Para cohorte Dep1 = Depresión leve	3.868	2.956	5.063
Para cohorte Dep1 = Sin depresión	.333	.234	.475
N de casos válidos	382		

➤ **PADECE INSOMNIO**

Existe una asociación positiva fuerte, con los pacientes que si presentan insomnio y depresión leve, por lo que se puede decir que son 22.5 veces más propensos de padecer depresión leve si presentan insomnio cómo se muestra en la tabla 8.

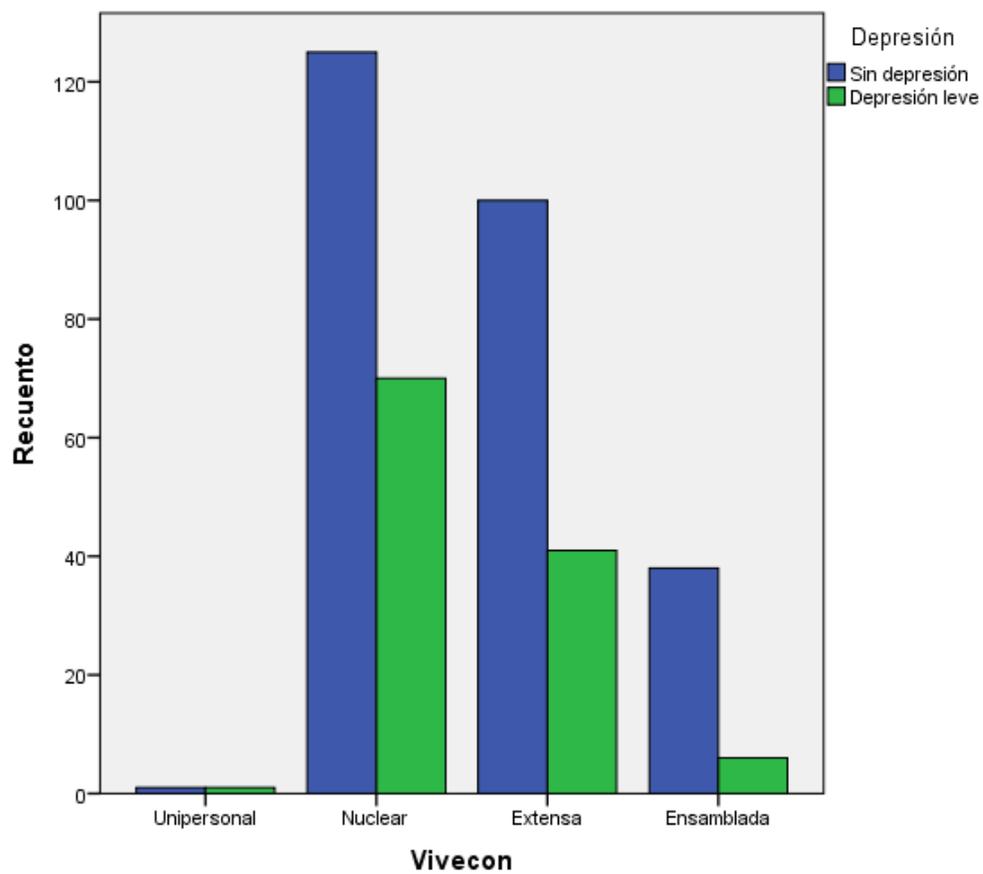
Tabla 8- Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Insomnio (Sí / No)	22.491	12.360	40.927
Para cohorte Dep1 = Depresión leve	5.344	3.983	7.169
Para cohorte Dep1 = Sin depresión	.238	.159	.356
N de casos válidos	382		

➤ TIPOLOGÍA FAMILIAR * DEPRESIÓN

La tipología familiar con más depresión es la nuclear que representa 59.32 %, seguida por la extensa con un 34.74%, cómo se muestra en el gráfico 7.

Gráfico 7.-



➤ **ESTIMACIÓN DE RIESGO (ODDS RATIO)**

○ **Sexo:**

En la tabla 7 , se muestra el riesgo de que una mujer tenga depresión con respecto a un hombre, al ser mayor a uno, entonces se puede decir que tiene una asociación positiva con respecto de las mujeres con los hombres de presentar depresión.

Tabla 7.- Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Sexo (Mujer / Hombre)	1.034	.663	1.612
Para cohorte Dep1 = Depresión leve	1.023	.752	1.392
Para cohorte Dep1 = Sin depresión	.990	.863	1.135
N de casos válidos	382		

➤ **APOYO AFECTIVO (ESCALA DUKE UNC 11)**

Los adultos mayores que percibieron un apoyo afectivo representa un 68.64% de un total de 81 pacientes, como se muestra en la tabla 9ª-

Existe una asociación negativa con respecto a los pacientes que si reciben apoyo afectivo con los que padecen depresión leve, cómo se muestra en la tabla 9b.

Tabla 9a.- Tabla cruzada Apoyo afectivo * Depresión

Recuento

		Dep1		Total
		Depresión leve	Sin depresión	
Apoyo Afectivo	Sí	81	239	320
	No	37	25	62
Total		118	264	382

Tabla 9b.- Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Apoyo Afectivo (Sí / No)	.229	.130	.404
Para cohorte Dep1 = Depresión leve	.424	.321	.560
Para cohorte Dep1 = Sin depresión	1.852	1.359	2.524
N de casos válidos	382		

➤ **APOYO CONFIDENCIAL (ESCALA DUCK UNC 11)**

Los adultos mayores que percibieron un apoyo confidencial representa el 46.61 % de un total de 55 pacientes como se muestra en la tabla 10 a.

Tabla 10 a - Tabla cruzada Apoyo confidencial * Depresión

Recuento

		Dep1		Total
		Depresión leve	Sin depresión	
Apoyo Confidencial	Sí	55	246	301
	No	63	18	81
Total		118	264	382

Tabla 10 b .- Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Apoyo Confidencial (Sí / No)	.064	.035	.116
Para cohorte Dep1 = Depresión leve	.235	.180	.306
Para cohorte Dep1 = Sin depresión	3.678	2.439	5.547
N de casos válidos	382		

17. DISCUSIÓN

De acuerdo a varios autores, la prevalencia de la depresión en algunos países como Japón y España superan el 30%, mientras que en algunos lugares de México como ciudad Juárez Chihuahua la prevalencia llegó a más de 40%, en Ciudad Victoria, fue de 29% mientras que en este trabajo de investigación la prevalencia de la depresión en los pacientes de la UMF 15, IMSS fue de 30.89%, la cual corresponde a la hipótesis planteada.

Los datos obtenidos en el trabajo tienen una gran relevancia debido a que al igual que estudios alrededor del mundo muestran que las mujeres tienen mayor proporción de síntomas depresivos, como lo muestra este estudio, además que el análisis de riesgo muestra una asociación positiva respecto a ser mujer y presentar depresión leve.

Al igual que algunos estudios, el mayor número de personas con depresión leve se encontró a los 81 años de edad. Mientras que la mayor parte de los pacientes que presentaban depresión leve se encontraban casados o viudos.

Los pacientes con primaria incompleta y completa fueron los que presentaron más casos de depresión leve. Además gran parte de los pacientes que son jubilados o su ocupación es el hogar mostraron depresión leve, con respecto a la bibliografía consultada, esto se debe a que al depender de algún ingreso y no sentirse productivo, genera frustración y por lo tanto síntomas depresivos.

De acuerdo al grupo de apoyo los pacientes que no cuentan con un grupo de apoyo la mayoría presentan depresión leve, se pensaría que al tener un apoyo familiar los pacientes no presentarían tantos casos de depresión, sin embargo la depresión leve estuvo presente en pacientes con este grupo de apoyo.

La tipología familiar que más presentó el mayor número de casos de depresión leve en este estudio fue la nuclear y en segundo lugar la extensa.

De acuerdo a la bibliografía consultada la diabetes y la hipertensión son factores de riesgo para que se genere depresión, en este trabajo se demostró que la diabetes presenta el mayor número de casos de depresión leve seguida por la hipertensión, por lo tanto corresponde el hecho de que al sentirse enfermo el paciente le genera frustración y síntomas de depresión.

17. CONCLUSIÓN

La prevalencia de la depresión en adultos mayores de 60 años en la UMF 15, IMSS fue superior al 30.89%.

Se identificaron los factores de riesgo, cómo el sexo, el tratamiento con benzodiazepinas y el padecimiento de insomnio, teniendo estos una asociación positiva fuerte con la depresión de acuerdo al análisis de riesgo.

Se conocieron las características socioeconómicas, sociodemográficas, así como el tipo de apoyo social y la tipología familiar.

Los pacientes casado y viudos fueron los que se presentaron más, en cuanto al nivel de estudios primaria completa tuvo mayor número de frecuencia, la mayor parte de los pacientes son jubilados o se dedican al hogar, reciben un apoyo económico por parte de una institución gubernamental, el apoyo social que más se presentó fue el de la familia, la mayoría de las familias eran nucleares y extensas en su tipología, la mayoría tenía diabetes e hipertensión.

18. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
2. Tratado de Geriatria [Internet]. [Citado el 23 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>
3. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. [Citado el 10 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
4. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered. El 11 de octubre de 2018; 29(3):182.
5. Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R, Banerjee S, Huppert F, Mendonca-Lima C, et al. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. Br J Psychiatry. Noviembre de 2007; 191:393–401.
6. Vilchez-Cornejo J, Soriano-Moreno A, Saldaña D, Acevedo-Villar TH, Bendezú-Saravia P, Ciudad-Fernández LE. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. : 7.
7. Maurois A. Situación de las personas adultas mayores en México. : 40.
8. De los Santos PV, Carmona Valdés SE. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. PSM [Internet]. El 22 de diciembre de 2017 [citado el 8 de septiembre de 2019];15(2). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/29255>
9. Flores-Padilla L, Ramírez-Martínez FR. Depresión en adultos mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un Programa Social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Gaceta Médica de México. : 5.
10. Rivera Navarro J, Benito-León J, Pazzi Olazarán KA. La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. Am Lat Hoy Rev Cienc Soc. el 21 de diciembre de 2015;71(0):103.
11. Consejo Nacional de Población | Gobierno | gob.mx [Internet]. [Citado el 11 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo>
12. Población CN de. Proyecciones de la Población de los municipios de México, 2015-2030 [Internet]. gob.mx. [citado el 11 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.gob.mx/conapo/articulos/proyecciones-de-la-poblacion-de-los-municipios-de-mexico-2015-2030-215756?idiom=es>
13. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered. El 11 de octubre de 2018; 29(3):182.
14. Mauricio Hernández Ávila, Juan Rivera Dommarco. Encuesta nacional de salud y nutrición de medio camino 2016. 2016.
15. Vista de Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional.
16. Guadarrama González JN, Karam Calderón MÁ. Condiciones familiares de los adultos mayores con diagnóstico de depresión en la unidad de medicina

familiar No. 222 del IMSS, 2014. 2014 [citado el 20 de octubre de 2019]; Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14930>

17. Segura Cardona A, Cardona Arango D, Segura Cardona Á, Garzón Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Rev salud pública. El 15 de octubre de 2015; 17(2):184–94.

18. Salazar AM, Plata SJ, Reyes MF, Gómez P, Pardo D, Rios J, et al. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. Acta Neurol Colomb. El 31 de marzo de 2015; 31(2):176–83.

19. Araya Jc. Depresión: Una Enfermedad Común En El Adulto Mayor. : 3.

20. GDS.pdf [Internet]. [Citado el 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1957/mod_resource/content/5/Repositorio_Cursos/Archivos/Cuidamhe/MODULO_I/UNIDAD_3/GDS.pdf

21. King MV, Cáceres JAG, Abdulkadir MS. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. El 12 de febrero de 2018 [citado el 16 de septiembre de 2019];33(4). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/296>

22. Salinas A, Manrique B, Rojo Mmt. Redes De Apoyo Social En La Vejez: Adultos Mayores Beneficiarios Del Componente Para Adultos Mayores Del Programa Oportunidades. : 19.

23. Apoyo social y familiar del adulto mayor del área urbana. Angelópolis, Antioquia 2011 | Zapata López | Revista de Salud Pública.

24. Alberto CPC. Confiabilidad de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) en Personas Adultas Mayores de Chilpancingo, Guerrero. 2016;9.

25. Tipos de Familia [Internet]. [Citado el 20 de octubre de 2019]. Disponible en: https://celade.cepal.org/redatam/PrEsp/Sisppl/Webhelp/tipos_de_familia.htm

26. Pérez Martín MM, Delgado Cruz A, Naranjo Ferregut JA, Álvarez González K, Díaz Rey RC. Medio familiar de los adultos mayores. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Febrero de 2012; 16(1):97–104.

27. Bustos L. y Sánchez Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en hogar geriátrico en el municipio de Chía y su relación con percepción de funcionalidad familiar. Bogotá. Tesis de posgrado. Universidad de la sabana.2015.disponible en; <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2082/Luisa%20Fernanda%20Bustos%20Angulo.pdf?sequence>

28. Licas. M. nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral s.j.m - v.m.t 2014 Lima, Perú 2015, disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf

29. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. (http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf)

Consultado: 10 de septiembre de 2019

30. World Health Organization. Definition of an Older or Elderly Person, 2014. (Recuperado el 24 de septiembre de 2019, de <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>)
31. Ismail Z, Fischer C, McCall W. What characterizes late-life depression? *Psychiatr Clin N Am* 2013, 36: 483

19. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #15

CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:

PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS INSCRITOS EN LA UMF #15, IMSS.

Se le aplicará un cuestionario tipo entrevista a pacientes mayores de 60 años inscritos en el programa envejecimiento activo, previa firma de consentimiento informado, dichos datos recolectados se mantendrán de manera confidencial para tranquilidad del paciente.

Fecha de evaluación: _____

FOLIO _____ Nombre _____

NSS _____

1.EDAD	Ponga su edad :	
2.SEXO	1.Femenino	2.-Masculino
3.ESTADO CIVIL	1.Casado 2.Viudo(a) 3.Union libre	4.separado (a) 5.divorciado(a) 6.Soltero (a)
4. ESCOLARIDAD	1. Ninguna 2.primaria incompleta 3.primaria completa 4.secundaria incompleta 5.secundaria completa	6. Bachillerato incompleto 7.bachillerato completo 8.licenciatura incompleta 9.licenciatura completa 10.Posgrado
5.OCUPACION	1. Hogar 2.Obrero 3.Ayudante general 4.Tecnico	5.Comerciante 6.empleado de oficina 7.Profesionista 8.Jubilado
6. TIENE UNA FUENTE DE APOYO ECONÓMICO?	1.-No 2. Familia 3.Amigos 4. Iglesia	5.Institucion gubernamental 6.Asociación civil 7.vecinos 8.Pensión
7. CUENTA CON GRUPO DE APOYO SOCIAL?	1.No 2.Familia 3.Amigos 4.Iglesia	5. Clubes 9.grupo de adultos mayores 10.Excompañeros de trabajo 11. abandono

8. ACTUALMENTE VIVE CON:	Especifique (si vive con Padres, Hijos, sobrinos, tíos, etc.) _____ _____	1.-Unipersonal 2.Nuclear 3.compuesta 4. Extensa 5.sin relación familiar 6.ensamblada
9. SE CONOCE PORTADOR DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRASMISIBLE? (señale una o más respuestas)	1.Ninguno 2.Diabetes 3.Hipertensión 4.Enfermedad cardiovascular 5. Enfermedad cerebrovascular 6.Epilepsia	7.Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 8.Artritis 9.Enfermedad Renal 10.Otro
10. HA TENIDO TRATAMIENTO CON BENZODIACEPINAS (CLONAZEPAM, DIAZEPAM,ALPRAZOLAM)	1.Si	2.No
11. PADECE INSOMNIO?	1.-Si	2.No

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA
Geriatric Depression Scale (GDS)

Instrucciones: Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele: "Le voy hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, **tome en cuenta como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con un SI o No.**

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

CALIFICACIÓN TOTAL DE LA ESCALA GDS _____

Calificación Total: _____ **Interpretación:** _____

CALIFICACIÓN: Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos, **SI** o **No** en negritas.

La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

INTERPRETACIÓN:

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

<p align="center">ESCALA DUKE UNC-11-ESCALA DE APOYO SOCIAL</p> <p>Instrucciones: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:</p>	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi Como deseo	Tanto Como deseo
	1	2	3	4	5
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5. Recibo amor y afecto					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
<p>PUNTUACION TOTAL</p> <p>Apoyo confidencial: 1, 4, 6, 7, 8,10 (menor a 18=escaso apoyo confidencial).</p> <p>Apoyo afectivo: 2,3,5,9,11 (menor a 15 = escaso apoyo afectivo)</p>					

Beneficios al término del estudio:

Debido a que se trata solamente de analizar datos de la escala contestatada, entiendo que los beneficios se tendrán para un futuro

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Beatriz Luiz Villagómez

Investigador Responsable: Matricula: 97151227 .UMF 15, IMSS.Cel.5556915427. Email: katyakelsey@live.com

Colaboradores: Laura Patricia Angulo Camarena. Matricula 98383237.. HGZ1A Venados.

Cel. 5591888136. Email: galadriel_p@yahoo.com.mx

Elda Edith Martínez Ramírez .Matricula 97380760.UMF 15 ,IMSS

CEL. 5543902747.Email: eldythmartinez@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Elda Edith Martínez Ramírez

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

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