



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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN XVI PONIENTE DEL ESTADO DE MÉXICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON URGENCIAS NO. 61  
NAUCALPAN, ESTADO DE MÉXICO

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN ESCALA DE YESAVAGE EN  
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA PASS DE LA UMF NO. 61”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**MARCO ANTONIO TAVERA VILCHIS**

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Número de registro de autorización: R-2020-1503-039



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

Asesores:

---

**DRA. WENDY BLANCO TREJO**

MÉDICO FAMILIAR Y MAESTRA EN CIENCIAS MÉDICAS  
ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 61

---

**DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO**

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN XVI PONIENTE DEL  
ESTADO DE MÉXICO

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN ESCALA DE YESAVAGE EN  
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA PASS DE LA UMF NO. 61”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**MARCO ANTONIO TAVERA VILCHIS**  
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES

---

**DRA. IRENE PADRÓN MARTÍNEZ**

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR CON URGENCIAS NO. 61

---

**DRA. WENDY BLANCO TREJO**

ASESOR DE TESIS, MAESTRA EN CIENCIAS MÉDICAS Y MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR CON URGENCIAS NO. 61

---

**DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO**

ASESOR DE TESIS, COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN XVI PONIENTE DEL ESTADO DE  
MÉXICO

---

**DRA. MAYRA ADORAIM AGUILAR GONZALEZ**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR CON URGENCIAS NO. 61

---

**DRA. ROSA MARIA PIÑA NAVA**

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL DELEGACIÓN XVI PONIENTE DEL ESTADO  
DE MÉXICO

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN ESCALA DE YESAVAGE EN  
ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA PASS DE LA UMF NO. 61”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**MARCO ANTONIO TAVERA VILCHIS**

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES

---

**DR. JAVIER SANTACRUZ SANCHEZ**

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

---

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN PONIENTE DEL ESTADO DE MÉXICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 61 "NAUCALPAN"  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

**DICTAMEN DE APROBACIÓN**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1503.  
H GRAL ZONA NUM 58

Registro COFEPRIS 17 CI 15 104 037  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 15 CEI 002 2017033

FECHA Viernes, 25 de septiembre de 2020

Dra. wendy blanco trejo

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "Prevalencia de depresión según escala de Yesavage en adultos mayores del programa PASS de la UMF No. 61." 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 A P R O B A D O.

Número de Registro Institucional  
R-2020-1503-039

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

GERARDO VARGAS SANCHEZ  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1503

Imprimir

IMSS  
SEGURIDAD Y SALUD PÚBLICA

## **DEDICATORIA**

A mis padres por todo su amor, apoyo y responsabilidad para convertirme en la persona que soy.

A mi hermano por su apoyo, paciencia y enseñanzas que me impulsan cada día a ser una mejor persona y profesionista.

A mi familia por brindarme su apoyo incondicional.

A mis profesores de especialidad y asesora de tesis, por su apoyo y enseñanzas a lo largo del curso de especialización.

A la licenciada de Trabajo Social del programa PASS, por su ayuda y participación para poder realizar esta investigación.

## INDICE

DEDICATORIA .....	6
RESUMEN .....	9
ABSTRACT .....	10
MARCO TEÓRICO.....	11
Envejecimiento y adulto mayor .....	11
Depresión .....	12
Factores de riesgo .....	13
Fisiopatología de la depresión .....	13
Programa de atención social a la salud.....	15
Escala de medición y evaluación de depresión .....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	19
JUSTIFICACIÓN .....	20
OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	21
-General.....	21
-Específicos.....	21
HIPÓTESIS.....	22
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS .....	23
CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO.....	23
DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO .....	23
GRUPO DE ESTUDIO .....	23
TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	24
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	24
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	24
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN .....	24
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES .....	24
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	25
VARIABLES DESCRIPTORAS.....	25
VARIABLES DEPENDIENTES .....	27
MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	28
ANÁLISIS DE DATOS.....	28
RECURSOS HUMANOS, ÉTICOS Y FINANCIEROS.....	29



RECURSOS HUMANOS.....	29
RECURSOS MATERIALES.....	29
RECURSOS ÉTICOS.....	29
RECURSOS FINANCIEROS.....	31
RESULTADOS.....	32
CUADROS Y GRÁFICOS.....	33
DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
ANEXOS.....	45

## RESUMEN

“Prevalencia de depresión según escala de Yesavage en adultos mayores del programa PASS de la UMF No. 61”

Autores: Blanco Trejo Wendy\* Lugo Espinosa Mauricio\*\* Tavera Vilchis Marco Antonio\*\*\*

**Introducción:** La depresión es definida como la sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan los adultos mayores como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad y desesperación entre otros. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión usando la escala de Yesavage en adultos mayores pertenecientes al programa PASS. **Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo mediante muestreo no probabilístico a conveniencia, se evaluaron a los adultos mayores del programa PASS del IMSS que cumplieron con los criterios de inclusión de la UMF 61 en el período de septiembre 2020. Se describió la prevalencia de depresión mediante proporciones y promedios. **Resultados:** Se encontraron 14 pacientes con depresión (5%), 10 mujeres (71%) y 4 hombres (29%), teniendo depresión leve el total de los casos. Predominó el grupo de edad de 65 a 70 años (32.9%), sexo femenino (76%), bajo nivel de escolaridad (74.3%), ocupación desempleado (88.6%) y estado civil casado (64.3%). **Conclusiones:** La depresión no es frecuente en los pacientes integrados al programa PASS, la realización de actividad física y convivencia en actividades grupales sugiere una disminución en la prevalencia de depresión en adultos mayores.

**Palabras clave:** depresión, adulto mayor.

\*Médico Familiar adscrito a UMF No. 61 IMSS

\*\*Coordinador Auxiliar Médico de Educación XVI Poniente del Estado de México

\*\*\*Médico Residente de Medicina Familiar UMF No. 61 IMSS

## ABSTRACT

**Introduction:** Depression is defined as the cognitive, affective and somatic symptomatology that elderly present as feelings of sadness, lack of energy, difficulty in social relationships, futility and despair among other symptoms. **Objective:** To determine the prevalence of depression using the Yesavage scale in older adults belonging to the PASS program. **Methods:** An observational, prospective, cross-sectional and descriptive study using non-probabilistic convenience sampling; the elderly from the IMSS PASS program who met the inclusion criteria of the UMF 61 were evaluated in the period of September 2020. The prevalence of depression was described using proportions and averages. **Results:** Fourteen patients with depression (5%), 10 women (71%) and 4 men (29%) were found to have mild depression in all cases. The age group from 65 to 70 years (32.9%), female gender (75.7%), low level of education (74.3%), unemployed occupation (88.6%) and married marital status (64.3%) predominated. **Conclusions:** Depression is not frequent into the PASS program, physical activity and coexistence in group activities suggest a decrease in the prevalence of depression in older adults.

**Keywords:** depression, elderly.

## MARCO TEÓRICO

### Envejecimiento y adulto mayor

El envejecimiento es un proceso irreversible, dinámico y heterogéneo que finaliza cuando se produce la muerte, asimismo se define a una persona como viejo cuando tiene una edad de 60 años o mayor.<sup>1,2</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, entre 2000 y 2050 la proporción de habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará pasando del 11% al 22%, las personas mayores de 80 años aumentarán casi cuatro veces hasta alcanzar 395 millones; en números absolutos este grupo de edad de adultos mayores de 60 años o más, pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo a nivel mundial.<sup>3</sup>

Actualmente hay alrededor de 901 millones de personas de 60 años y más en todo el mundo, lo cual representa el 12% de la población global. En 2030 esta cifra habrá aumentado a 1400 millones lo que representará el 16.5% y en 2050 ascenderá a 2100 millones; es decir el 21.5% de la población global. Las personas de 60 años y más son actualmente más numerosas que los niños menores de cinco años; en 2050 serán más numerosas que los niños menores de 15 años; estos cambios son más rápidos en el mundo en países en vías de desarrollo, el cual en 2050 será el lugar de residencia de 8 de cada 10 personas mayores a 60 años.<sup>4</sup>

En nuestro país existe un crecimiento de la población geriátrica importante. En el año 2014 el monto de personas de más de 60 años fue de 11.7 millones, representando el 9.7% de la población total. La base piramidal de la población es más angosta que en 1990 debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor, en este sentido se observa que la participación relativa de adultos mayores aumentó en este período de 6.2 a 9.7% y se espera que en 2050 incremente a 21.5%.<sup>3,4</sup>

El índice de envejecimiento se define como el número de personas envejecidas de 60 años y más por cada cien menores de 15 años; según datos del año 2015 del Consejo Nacional de Población, en México hay 24.7 adultos mayores por cada 100 niños; la entidad con el índice más alto es la Ciudad de México con 61.7 adultos mayores por cada 100 niños menores de 15 años y representa el 13.36% de la población total, el Estado de México ocupa un índice de 32.6. Para el año 2030, el Estado de México junto con la Ciudad de México, Veracruz, Jalisco y Puebla representarán el 41.3% de la población de adultos mayores con 60 años o más en el país.<sup>5,6</sup>

En los adultos en México, algunas de las enfermedades más comunes que presentan los habitantes son obesidad, hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia; la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2016) brinda un panorama estadístico sobre la frecuencia, distribución y tendencia de las condiciones de salud y nutrición así como de los determinantes en los ámbitos nacional y regional en zonas urbanas y rurales, además obtiene información con énfasis en la estrategia nacional para la prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes. En ella se menciona que el género más afectado son las mujeres, reportando prevalencias de 9.4% para padecer diabetes mellitus tipo 2, 28% para padecer hipercolesterolemia principalmente en el grupo etario de 50 a 79 años de edad, 25% para padecer hipertensión arterial y hasta un 72.5% de tener sobrepeso y obesidad.<sup>7</sup>

## Depresión

La depresión es definida como la sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan los adultos mayores como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad y desesperación entre otros.<sup>8</sup> La depresión es el trastorno mental más frecuente en el ámbito mundial y suele asociarse con diversos desenlaces adversos como discapacidad, disminución en la calidad de vida, comorbilidades diversas e incluso mortalidad.<sup>8, 9, 10</sup>

La depresión se diagnostica con algunos criterios según la DSM-V, los cuales son 5 o más de los síntomas siguientes en un período de 2 semanas y que representen un cambio de funcionamiento previo: 1) estado de ánimo depresivo, 2) pérdida de interés o placer, 3) pérdida de peso sin hacer dieta, aumento de peso o disminución del apetito, 4) insomnio o hipersomnias, 5) agitación o retraso psicomotor, 6) fatiga o pérdida de energía, 7) sentimientos de inutilidad, culpabilidad excesiva o inapropiada, 8) disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, 9) pensamientos de muerte recurrentes; los síntomas causan malestar significativo o deterioro social o laboral; los episodios no se atribuyen a los efectos de una sustancia o alguna otra afección médica; el episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo o psicótico; nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.<sup>11</sup>

Con el avance de la edad, algunas personas tienen deterioro en sus capacidades físicas y aumentan sus problemas de salud mental, siendo la depresión un trastorno frecuente e incapacitante a nivel económico y psicosocial.<sup>12</sup> La patología psiquiátrica tiene una incidencia elevada en los adultos mayores y la depresión es el diagnóstico más frecuente de ellas con una frecuencia de 6 a 20%.<sup>13</sup>

De acuerdo con cifras mundiales presentadas por la Organización Mundial de la Salud, los episodios depresivos en adultos mayores oscilan entre 30 y 70% dependiendo la forma de evaluación. Para el año 2020 se pronostica que será la segunda causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Las estimaciones en México presentadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en 2012, muestran que en el 22.1% de mujeres y 12.5% de hombres reportaron síntomas asociados a depresión constituyendo uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociados a una alta morbimortalidad en la población mexicana.<sup>14, 15</sup>

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en mayores de 60 años y del sexo femenino, se considera un problema de salud pública y en México dentro de los estudios disponibles se encuentra una prevalencia oscilante de 15 a 20% de trastornos depresivos donde el 7.8% se adjudica a episodios depresivos en adultos mayores, siendo en el ámbito hospitalario hasta un 30% y de 1 a 5% se presentan como trastorno depresivo mayor; en instituciones gubernamentales se presenta una prevalencia de 30 a 40%.<sup>16</sup> Existe un subdiagnóstico del 32 al 50% e infratratamiento del 37 al 50% debido a que el diagnóstico generalmente no es fácil dada su habitual presentación atípica y la visión cultural de la vejez como algo triste.<sup>17</sup> Entre los trastornos de ánimo, la depresión es la causa más frecuente de sufrimiento emocional en adultos mayores. La depresión disminuye la calidad de vida, disminuye la capacidad funcional y la esperanza de vida.<sup>13</sup>

## Factores de riesgo

Los factores de riesgo para presentar depresión incluyen factores genéticos, psicológicos y sociales, dentro de los principales en adultos mayores son la edad avanzada, ser mujer, ser viuda/o o soltera/o, bajo nivel educativo, presencia de enfermedades, uso de múltiples fármacos, dependencia económica, existencia de factores de estrés psicosocial y cambios en la sustancia blanca cerebral.<sup>18, 19</sup>

En el estudio de Urbina se encontraron como factores de riesgo para presentar depresión la presencia de discapacidad, falta de apoyo social, mala dinámica familiar, sucesos vitales estresantes, enfermedades crónico-degenerativas como la obesidad, diabetes mal controlada, enfermedades discapacitantes como accidente cerebrovascular y demencia.<sup>17,20</sup>

En el estudio de Martínez se encontraron como factores para presentar depresión el tener una edad mayor a 80 años, sexo femenino, estar hospitalizado, dependencia, vivir solo y padecer enfermedades crónico-degenerativas.<sup>21</sup>

La depresión en adultos mayores es muy frecuente y se ha visto un riesgo elevado de presentarla en individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos, con inasistencia a asociaciones de convivencia, inactividad física, dependencia económica, género femenino, bajo nivel de escolaridad, estado civil, contar con pluripatología, polifarmacia y disarmonía familiar. Los factores de riesgo psicosociales cuentan con una gran carga de asociación debido a que los vínculos afectivos tienen un gran impacto cuando están afectados debido a que existe una deficiente red de apoyo social, generando discapacidad, descontrol, inseguridad, pérdida de autoestima y sentimientos de inferioridad que llevan en última instancia a presentar depresión.<sup>22</sup>

En la vejez con frecuencia se presentan de manera simultánea padecimientos en los que no hay una causa única de morbilidad sino que predomina la multicausalidad. Las enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta debido a su complejidad, latencia prolongada y los daños irreversibles que afectan la funcionalidad. La coexistencia de trastornos psiquiátricos puede alterar la capacidad de las personas de mantener su independencia, este fenómeno es menospreciado y pasado por alto.<sup>23</sup>

Los trastornos afectivos, cognitivos y conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones dada su alta prevalencia y alto costo social así como económico. En esta población etaria la depresión se confunde como una reacción a la adversidad, sin embargo, la adversidad no es necesaria ni suficiente para inducir depresión. Con frecuencia la depresión en el anciano no se detecta, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quien la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad, asimismo tiene impacto en la familia. La depresión pasa inadvertida en los ancianos debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología.<sup>1</sup>

## Fisiopatología de la depresión

La depresión se debe a la interacción de factores ambientales, genéticos y epigenéticos, que atenúan la transmisión monoaminérgica en el cerebro así como un mecanismo neurotrófico. Las personas con enfermedades crónicas tienen más riesgo de sufrir depresión en

comparación con individuos sanos, esta comorbilidad puede generar mayores dificultades en el manejo de ambas patologías.<sup>24</sup>

En la depresión se altera el sistema psiconeuroinmunoendocrino que comprende el subsistema psíquico-neurobiológico dado por los neurotransmisores, neuromediadores y neuromoduladores así como el sistema inmunológico dado por las interleuquinas e inmunomediadores con las hormonas y péptidos; lo que genera enfermedad que se manifiesta en el plano físico o psicológico. La respuesta a estos estresores no depende de la calidad del mismo sino a la evaluación cognitiva individual siendo lo normal la adaptación circadiana, metabólica, endocrina y psicológica a cambios permanentes; además la pérdida de fluctuación y la capacidad de adaptabilidad determinarán que el individuo presente la patología.<sup>25</sup>

La hipótesis neurodegenerativa de la depresión explica los volúmenes disminuidos en hipocampo y cambios neurotróficos por el factor neurotrófico derivado del cerebro, eritropoyetina, factor neurotrófico derivado de células gliales, factor de crecimiento de fibroblastos-2, neurotrofina 3 y hormona de crecimiento. Existe un efecto neuroprotector y antidepresivo observado en la ketamina, que activa el sistema glutamérgico y los neurotransmisores GABA, AMPA, EAAT, NMDA, mGlu1 a mGlu8 han ganado interés en el estudio de la misma, además de la ya conocida teoría de la serotonina y la inhibición de la recaptación de noradrenalina.<sup>26</sup>

Son varias las teorías que unen a ambas enfermedades: la carga psicológica de padecer una enfermedad crónica, los cambios hormonales relacionados con el estrés, los efectos de la inflamación, entre otros. El sistema psiconeuroinmunoendocrino tiene estratos anatómicos y fisiológicos que forman subsistemas neurológicos, endocrinos e inmunitarios; la depresión es un trastorno psiquiátrico relacionado con una alteración del eje límbico-hipotálamo-hipófisis-suprarrenales; cuando la demanda estresante interna o externa es superior a la capacidad de respuesta, se presenta la sobrecarga alostática asociando la depresión con otras manifestaciones como la deposición abdominal favorecida por hipercortisolismo lo que lleva a hiperinsulinismo, enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión y uso de sustancias adictivas.<sup>24, 25</sup>

La depresión como enfermedad sistémica presenta hiperactividad del eje adrenal, hipofunción tiroidea, somatotrófica y gonadal, disfunción del sistema nervioso autónomo, insulinoresistencia, obesidad central, hipertensión arterial, inflamación sistémica, activación plaquetaria, disfunción ovárica, disminución de densidad ósea y disfunción inmune.<sup>25</sup>

La depresión es una alteración multicausal que aumenta el riesgo de desarrollar otras enfermedades. Como alteración metabólica ha sido asociada a obesidad, diabetes, sensibilidad a la insulina, neuropéptido Y, pobre control glucémico, péptido similar a glucagón tipo 1, colecistoquininas, ghrelina, leptina, sistema endocannabinoide, factores de crecimiento de insulina y péptido liberador de gastrina. Como alteración a nivel cardiovascular tiene relación con la presión arterial, frecuencia cardíaca, norepinefrina, tono simpático, resistencia vascular, viscosidad sanguínea, volumen plasmático, engrosamiento de la íntima, aterosclerosis, coagulación sanguínea, fibrinólisis, dímero D, proteína inhibidora del activador de plasminógeno, factor de crecimiento endotelial, óxido nítrico y óxido nítrico sintasa. A nivel endocrinológico se relaciona con la concentración de T4 libre, TSH, CRH, arginina vasopresina, corticotropinas, liberación de corticoesteroides

y ACTH. En el proceso inflamatorio la depresión es mediada por citocinas inflamatorias como IL-1, IL-6, TNF-alfa, receptores de IL-2, INF-alfa, IL-8, IL-10, proteína C reactiva de alta sensibilidad, proteínas de fase aguda, haptoglobina, receptores tipo Toll 4, IL-1 beta, diana de rapamicina en células de mamífero, sustancia P, ciclooxigenasa 2, prostaglandina E2, esfingomielinasa ácida y niveles de peroxidación de lípidos.<sup>26</sup>

Sin importar la enfermedad se ha encontrado que cuando existe comorbilidad con depresión, se afecta aún más la adherencia y el cuidado de la enfermedad; además la depresión puede ser un predictor negativo en la historia personal de la enfermedad, relacionándose con pobre control de las enfermedades, incremento en riesgo de complicaciones e impacto negativo en calidad de vida y autocuidado.<sup>24</sup>

### Programa de atención social a la salud

El programa de atención social a la salud de los derechohabientes referidos por el área médica o PASS del Instituto Mexicano del Seguro Social, fue validado por la Unidad de Organización y Calidad en 2012, este programa tiene como objetivo establecer las políticas y actividades para otorgar atención social a la salud de los derechohabientes referidos por el área médica, mediante intervenciones dirigidas para promover la modificación de hábitos y estilos de vida, impulsar una cultura de vida activa y saludable, otorgar conocimientos y habilidades para mejorar el autocuidado, contribuir al mejoramiento de su estado de salud, prevención y/o control de enfermedades y de sus complicaciones. Este programa tiene presentes como enfermedades más frecuentes la diabetes tipo 2, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, ansiedad y depresión. Este programa atiende pacientes referidos de unidades de medicina familiar pertenecientes al Estado de México Poniente, donde se encuentra la UMF No. 61, estas acciones son realizadas en la Unidad Cuauhtémoc del IMSS, la cual se encuentra a un lado de la UMF No. 61. Este programa admite pacientes a los cuales se les solicita un certificado médico para su inscripción y sirve como orientación para identificar patologías y áreas de acción; además pacientes que tienen alteraciones osteomusculares severas o enfermedades neurológicas diagnosticadas como demencia, se envían a unidades de tercer nivel que cuenten con rehabilitación y atención específica a sus comorbilidades. No se tienen antecedentes sobre la frecuencia de depresión en los grupos de adultos mayores que se encuentran en el programa.<sup>27</sup>

Los sistemas de soporte sanitario detectan problemas de salud mental de carácter emocional, predominantemente depresión y ansiedad, al menos en uno de cada cuatro ancianos. Estos trastornos inciden negativamente sobre múltiples áreas funcionales del anciano (física, mental y social), repercutiendo en su salud, bienestar y calidad de vida. Además se pueden asociar a indicadores biológicos como la presión arterial y a múltiples síntomas somáticos y/o cognitivos.<sup>28</sup>

En atención primaria es común que exista el subdiagnóstico y el retraso en la identificación de la depresión lo que conlleva a retraso en el tratamiento con el consecuente deterioro tanto en el bienestar de los adultos mayores como con la salud pública en general. La depresión se diagnostica poco en el anciano, con grados de subdiagnóstico de 32-50% y de infratratamiento de 37-50%, ya que, a pesar de los criterios, se dificulta confirmar la existencia del trastorno dada su habitual presentación atípica y la visión cultural de la vejez como algo triste.<sup>20</sup>



El médico familiar considera como causas de depresión *las quejas de la vida rutinaria, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social, el cambio de roles y los problemas financieros familiares*, por lo que, esta situación justificaría programas de educación médica continua sobre el tema de depresión; además de que este paciente adulto mayor con depresión, acude en un mayor número de veces a solicitar atención médica en los centros de salud, si se encuentra hospitalizado tiende a complicarse con frecuencia y prolongar su estancia intrahospitalaria, aumentando costos humanos y financieros de atención médica, a la vez que tiene riesgo de hasta 3 veces mayor de morir.<sup>28, 29</sup>

### Escalas de medición y evaluación de depresión

En la depresión, los síntomas pueden ser evaluados por un clínico, pero con frecuencia, en la práctica clínica y especialmente en investigación, los problemas psicológicos suelen ser evaluados a través de escalas o cuestionarios, que evalúan con mayor precisión la presencia o ausencia de síntomas que se consideran indicativos del trastorno.<sup>30</sup>

Los sistemas de evaluación del estado de ánimo basados en autoinformes de los ancianos suelen estar afectados por las propias impresiones y vivencias del anciano, siempre subjetivas. Además, los términos habituales “felicidad” y “tristeza” no siempre tienen el mismo significado entre ellos ni tampoco significan lo mismo que para los adultos. Estas peculiaridades que diferencian al anciano de la población más joven, hacen necesario contar con una serie de instrumentos, más objetivos y específicos y que puedan ser comparados tanto entre sí como entre diferentes poblaciones y lugares.<sup>28, 29</sup>

Son numerosos los tests y escalas diseñadas para valorar la depresión en el anciano, variando desde preguntas sencillas e incluso únicas, hasta instrumentos complejos centrados en diversas facetas relacionadas con el humor del adulto mayor. Estas herramientas clínicas de evaluación habitualmente constan de varias preguntas sobre las experiencias de los adultos mayores en diferentes características como humor, tristeza, pensamiento depresivo, felicidad, correlatos somáticos como cansancio o pérdida de energía u otros síntomas diversos.<sup>31</sup>

Los formatos de las escalas son variados, algunos son autoadministrados y otros utilizan escalas tipo Likert en los cuales las personas puntúan del 1 al 5 o indican verdadero/falso si aplica cierto enunciado o síntoma determinado (ejemplo: escala de depresión de Beck) o heteroadministrados, siendo completadas por el evaluador en turno (ejemplo: escala de Hamilton).<sup>30</sup>

Puesto que los adultos mayores, en condiciones normales, suelen manifestar mejores niveles de afectos positivos y de satisfacción vital que los jóvenes, esto debería facilitar la identificación de los trastornos anímicos en esta población, sin embargo, este aspecto no siempre se cumple y el infradiagnóstico es relativamente frecuente, por lo que, esos niveles de satisfacción y optimismo pueden ser solo una respuesta adaptativa para intentar minimizar los problemas que esta población padece.<sup>32, 33</sup> Dentro de los instrumentos más utilizadas están las escalas de Beck, Hamilton, Montgomery-Asberg, Zung y Yesavage.

El inventario de depresión de Beck en su versión más reciente de 1996, es un instrumento cuyo objetivo es detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad. Consta de 21 elementos y en cada uno de ellos la persona tiene que elegir, entre cuatro

alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63. En ella se valoran síntomas como agitación, sentimientos de inutilidad, dificultad de concentración y pérdida de energía, así como mide la intensidad y duración de los síntomas depresivos en un marco temporal de 2 semanas. Su puntuación va de 0-13 (mínima), 14-19 (leve), 20-28 (moderada) y grave (>29). Este instrumento tiene una sensibilidad de 87% y especificidad de 79%.<sup>30, 34</sup>

La escala heteroaplicada de Hamilton para la depresión se usa para evaluar la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas depresivos, tanto en la práctica clínica como en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde con el momento en el que se aplica, excepto para algunos ítems, como los del sueño, que se refieren a los dos días previos. La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. Existe una versión reducida de 17 ítems, otra versión de 24 y una de 6 ítems constituida por los ítems de humor deprimido, sentimientos de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos. Según la puntuación valora la gravedad de la depresión de la siguiente forma: 0-7 (no depresión), 8-13 (leve), 14-18 (moderada), 19-22 (grave), >23 (muy grave). También se puede obtener la puntuación de tres factores o índices, sumando las de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La respuesta al tratamiento se define habitualmente como una disminución igual o mayor al 50% de la puntuación inicial, la respuesta parcial, entre el 25 y 49% y la no respuesta, como una reducción de menos del 25%. Se considera que se ha alcanzado la remisión cuando la puntuación es  $\leq 7$ . Tiene una sensibilidad de 86.4% y una especificidad de 92.2%.<sup>30, 34</sup>

La Montgomery Asberg Depression Rating Scale es una escala heteroaplicada mediante entrevista que consta de 10 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas depresivos. La escala debe ser administrada por un clínico, aunque existen versiones autoaplicadas que han demostrado una correlación moderada/buena con la versión heteroaplicada. Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos, presenta la ventaja de que sus ítems no evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes con sintomatología física predominante. El marco temporal de la evaluación se corresponde a la última semana o a los tres últimos días y la validación de la versión en español fue realizada en 2002. La respuesta al tratamiento se define como una disminución igual o mayor al 50% de la puntuación inicial, la respuesta parcial, entre el 25 y 49% y la no respuesta, como una reducción de menos del 25%. Se considera que se ha alcanzado la remisión cuando la puntuación es  $\leq 8-12$ . La puntuación global se obtiene de la suma de la puntuación asignada en cada uno de los ítems, oscilando entre 0-60. Tiene una sensibilidad de 94% y especificidad de 76%.<sup>30, 34</sup>

La escala de Zung para depresión es un instrumento autoadministrado tipo Likert que consta de 20 ítems que se valoran en un marco temporal de 2 semanas previas a la aplicación del mismo, da puntuaciones de 1 a 4 para cada ítem y globales de entre 20 y 80 puntos, una puntuación igual o mayor a 40 denota síntomas depresivos y es sugestiva de un

episodio depresivo mayor. Tiene una sensibilidad de 92-95% y especificidad que oscila de 74-87%.<sup>30</sup>

Las escalas para la depresión en el anciano valoran sintomatología depresiva y se utilizan para definir qué población de adultos mayores tiene o no depresión. Una de las más utilizadas es la Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage, que cuenta con varias versiones, desde la original de 30 preguntas, hasta versiones ultracortas de la misma (versiones de 30, 20, 15, 12, 10, 8, 7, 5 y 4 preguntas). En estas versiones la sensibilidad de la escala se encuentra casi siempre por encima del 80 a 90% y la especificidad por encima del 70%. Los mejores resultados se obtienen con la original, que es un buen instrumento para el cribado de depresión en los ancianos (La GDS-30 tiene una alta sensibilidad de 95,7% y especificidad de 92,4%; la capacidad diagnóstica de la GDS-15 presenta una sensibilidad del 95,7% y una especificidad del 84,3% y finalmente la GDS-5 tiene una sensibilidad del 78,7% y especificidad del 77,3%). En la valoración global de esta escala se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna derecha y que se asocia como una respuesta positiva a presentar depresión, la suma total se valora como sigue 0-10 normal, 11-14 depresión leve (sensibilidad 84%, especificidad 95%), >14 depresión severa (sensibilidad 80%, especificidad 100%). En la versión GDS-15 se puntúa de la siguiente manera: 0-5 normal, 6-9 depresión leve y  $\geq 10$  depresión severa. La sensibilidad de la escala de Yesavage es del 92% y la especificidad del 89%, la validez y confianza de la herramienta han sido respaldadas en consulta e investigación clínica; cuando se comparan los cuestionarios corto y largo para la autocalificación de los síntomas de depresión ambos cumplen su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ( $r = 0.84, < 0.001$ ).<sup>35, 36</sup>

En años recientes, la atención científica a la depresión en el adulto mayor ha aumentado así como los estudios que se han realizado para la comprensión de la misma. Considerando que los adultos mayores buscan con frecuencia atención médica en sus diferentes especialidades, conocer los factores de riesgo, presentación clínica y métodos de diagnóstico facilitará la identificación y tratamiento de la depresión.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el primer nivel de atención se tratan pacientes con las patologías más frecuentes dentro de todos los grupos poblacionales, siendo la población geriátrica un grupo de especial interés, ya que, se envía al grupo PASS para que reciba información y realice actividades físicas que puedan ayudar a prevenir la progresión de enfermedades crónico-degenerativas y evitar complicaciones propias de cada enfermedad, así como recibir orientación adicional en diversos ámbitos, permitiendo que reciba una atención integral de salud y mejorando su calidad de vida.

En caso de encontrar alguna persona con presencia de depresión y algún grado de depresión, será derivado al servicio de psicología de la UMF no. 61 para que reciba una atención integral. La importancia de estudiar este problema, es que existen muchas personas con subdiagnóstico de esta patología y al ser referidas a los diferentes servicios de la unidad de medicina familiar para que reciba orientación y atención integral mejora su pronóstico y calidad de vida.

No se tienen antecedentes ni registros de los pacientes integrados a programa PASS que presentan depresión, por lo que será importante conocerlos para conocer la prevalencia de la misma y posteriormente sugerir algunas medidas para mejorar el diagnóstico de la misma. Esto se realizará por medio de una encuesta para valorar la prevalencia de depresión en sus adultos mayores de 60 y/o más años.

Teniendo en cuenta estos aspectos nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la prevalencia de depresión según la escala de Yesavage en adultos mayores del programa PASS de la UMF No.61?

## JUSTIFICACIÓN

La depresión incide de forma negativa sobre múltiples áreas funcionales del adulto mayor, lo que compromete su salud y calidad de vida; mediante la mejoría de la detección y el diagnóstico de estas patologías en los adultos mayores, se podrían establecer programas, medidas preventivas y tratamientos precoces para minimizar la sobrecarga que supone para el paciente geriátrico añadir a otros problemas de salud, una enfermedad mental.<sup>37</sup>

En México, a pesar de que los factores de riesgo y las pautas diagnósticas, de tratamiento y seguimiento de estos pacientes están bien definidos, en muchas ocasiones no se presta atención adecuada a los aspectos emocionales del anciano, lo que, implica que no sean bien evaluados, diagnosticados y tratados.<sup>15, 16</sup>

En la realización de este estudio se valorará el impacto de la edad y depresión en un grupo de pacientes que realizan actividades físicas y cuentan con orientación educativa para el tratamiento de sus enfermedades por medio de la realización de una encuesta con la aplicación de la escala de Yesavage para valorar si existe depresión y determinar su prevalencia.

Aunque en esta unidad se tiene la facilidad de derivar a los pacientes para realización de actividades físicas por medio de la integración al programa PASS por parte de trabajo social, no se cuenta con un estudio sobre la prevalencia de depresión en su población mayor de 60 años así como se desconoce el sexo y edad más frecuente en que esta ocurre; desconociendo realmente si tiene un impacto positivo y adecuado la realización de tales acciones ni tampoco conociendo si se pueden implementar otras estrategias que se puedan conjuntar y mejorar la calidad de vida del paciente.

Con los resultados obtenidos en este estudio se sugerirá realizar cambios en la atención del paciente en primer nivel, como por ejemplo, dar sesiones educativas, mejorar la relación médico-paciente, realizar una valoración más adecuada por parte del médico familiar y referir a los pacientes a este programa u otros similares, con el fin de disminuir el riesgo de presentar depresión y generar mejores condiciones de diagnóstico, seguimiento y tratamiento.

## **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **-General**

\*Determinar la prevalencia de depresión mediante la escala de Yesavage en adultos mayores del programa PASS de la UMF no. 61

### **-Específicos**

\*Describir perfil sociodemográfico de los adultos mayores integrados al programa PASS

\*Determinar grupo de edad más frecuente de pacientes integrados a programa PASS

\*Determinar sexo más frecuente de pacientes integrados a programa PASS

\*Identificar la presencia de depresión mediante la aplicación de la escala de Yesavage

\*Describir grado de severidad de depresión según escala de Yesavage en adultos mayores integrados al programa PASS

## **HIPÓTESIS**

Debido a que es un estudio de prevalencia, no se formularon hipótesis.

## SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

### CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO

La Unidad Cuauhtémoc del IMSS es una unidad deportiva asociada a la unidad de medicina familiar (UMF) no. 61 del IMSS, que es una unidad de primer nivel de atención, donde se otorgan servicios básicos de salud con fines preventivos, de control, rehabilitación y curación de enfermedades donde el médico familiar es el encargado de proporcionar atención médica continua al paciente, con el fin de lograr su bienestar y en su caso el posible envío a otro nivel de atención.

La Unidad Cuauhtémoc se encuentra ubicada en la siguiente dirección: Calle Jardín, Colonia Naucalpan Centro, C.P. 53000, Naucalpan de Juárez, Estado de México. Cuenta con 1 piscina, 1 centro de manualidades, 1 auditorio de usos múltiples, 1 estadio de fútbol soccer, 5 canchas de frontón, 1 cancha de baloncesto al aire libre, 1 cancha de frontenis, 1 cancha de voleibol, 1 salón de usos múltiples, caseta de vigilancia, estacionamiento, 2 baños, 2 vestidores y 1 pista de arcilla.

El programa de atención social de atención a la salud de derechohabientes referidos por el área médica (PASS) se imparte como pláticas orientativas en el auditorio de usos múltiples junto con las actividades de baile de salón, natación y otras pláticas orientativas. Este programa fue creado en 2012 promoviendo actividades para otorgar atención social a la salud de derechohabientes referidos por el área médica, mediante intervenciones dirigidas a promover un estilo de vida activa y saludable, incluyendo actividades educativas, deportivas y culturales, de capacitación y adiestramiento técnico, impulsando que los derechohabientes se activen físicamente, adquieran conocimientos y habilidades, responsabilidad en el cuidado de su salud, fortalezcan su cultura, impulsen socialización y consoliden redes de apoyo individuales, familiares, comunitarias e institucionales, así como mejorar su calidad de vida. El programa PASS tiene a su cargo un aproximado de 300 pacientes divididos en grupos, referidos de unidades de medicina familiar del IMSS dentro de las cuales se encuentra la UMF 61.

### DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Tipo de estudio: observacional, prolectivo, transversal y descriptivo.

Observacional: No se realizaron modificaciones de las variables en la población a estudiar.

Prolectivo: Se ha definido previamente la forma de recolección de datos, la información se recopiló en cuestionarios tipo encuesta.

Transversal: Se realizó la medición de las variables en una sola ocasión.

Descriptivo: Se estudió un grupo de pacientes integrados a un programa de actividades sin tener un grupo de comparación.

### GRUPO DE ESTUDIO

El estudio se efectuó con pacientes mayores de 60 años integrados a programa PASS de la Unidad Cuauhtémoc asociada a la Unidad de Medicina Familiar No. 61.



## TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y posterior a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se estudiaron un total de 280 pacientes en el período de septiembre 2020.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes integrados a programa PASS

Pacientes que acuden regularmente a sesiones educativas de programa PASS

Adultos con edad igual o mayor a 60 años, ambos sexos

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los participantes tienen alguna enfermedad mental o neurológica diagnosticada

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

La encuesta de los participantes está incompleta

## DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Tipo de variable

Dependiente: depresión

Descriptoras: edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

### VARIABLES DESCRIPTORAS

- Variable: Edad
- Definición conceptual: Tiempo que la persona ha vivido desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista, expresado en años cumplidos
- Definición operacional: Se obtuvo la información por medio de una pregunta donde el paciente expresó su edad en años cumplidos
- Tipo de variable: Cuantitativa
- Escala de medición: Discreta
- Indicador: 60-64 años; 65-69 años; 70-74 años; 75-79 años, 80-84 años;  $\geq 85$  años
  
- Variable: Sexo
- Definición conceptual: Condición orgánica, masculina o femenina.
- Definición operacional: Se obtuvo la información por medio de una pregunta donde el paciente expresó si pertenece al sexo masculino o femenino
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal/Dicotómica
- Indicador: Masculino; Femenino
  
- Variable: Ocupación
- Definición conceptual: Rol ocupacional social realizado en virtud de un contrato formal o de hecho, individual o colectivo, por el que se recibe una remuneración o salario
- Definición operacional: Se obtuvo la información por medio de una pregunta donde el paciente expresó si tiene algún oficio, si es pensionado o se desempeña en el hogar.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal
- Indicador: Empleado (a); Desempleado (a)
  
- Variable: Escolaridad
- Definición conceptual: Nivel de estudios alcanzados en un centro escolar
- Definición operacional: Se obtuvo la información por medio de una pregunta donde el paciente expresó el grado de estudios alcanzado
- Tipo de variable: Cualitativa

- Escala de medición: Ordinal
- Indicador: Sin escolaridad; Primaria; Secundaria; Bachillerato; Licenciatura
  
- Variable: Estado civil
- Definición conceptual: Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o su mismo sexo con quien crea lazos reconocidos jurídicamente aunque el mismo no sea un pariente o familiar directo
- Definición operacional: Se obtuvo la información por medio de una pregunta donde el paciente expresó si es soltero, casado, divorciado o viudo
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal
- Indicador: Soltero/a; Casado/a; Divorciado/a; Viudo/a

## VARIABLES DEPENDIENTES

- Variable: Depresión
- Definición conceptual: Trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y pérdida de interés en realizar diferentes actividades que debe cumplir una serie de síntomas en un período mayor a 2 semanas y que representa un cambio de funcionamiento previo
- Definición operacional: Se obtuvo la información por medio de la Escala de Yesavage donde el paciente expresó si presenta o no este trastorno
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal
- Indicador: No deprimido/a (0-5 puntos); Deprimido/a (6-15 puntos)

## MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

El presente protocolo se sometió a evaluación y aceptación por el comité de ética en investigación y hasta ser aceptado se inició su realización. Con previa autorización de la Dirección de la UMF No. 61, posterior envío a SIRELCIS y autorización por el CLIES. Posteriormente se solicitó autorización a la licenciada encargada del programa PASS para permitir la aplicación de encuestas a los pacientes integrados al programa.

El estudio se realizó en un momento, previa autorización de los pacientes mediante consentimiento informado, aplicando una encuesta durante el mes de septiembre de 2020 durante la sesión correspondiente a pláticas orientativas del programa, las cuales son realizadas en el auditorio de usos múltiples de la Unidad Cuauhtémoc del IMSS. Se utilizó para este fin el instrumento de recolección de datos basado en el estudio de la escala de depresión de Yesavage<sup>35, 36</sup>, así como una hoja de recolección de datos para las variables sociodemográficas. Se hizo una revisión de las encuestas, se organizó la información obtenida y posteriormente se determinó la prevalencia de depresión en la muestra estudiada.

## ANÁLISIS DE DATOS

Análisis exploratorio: Los datos se consignaron en una plantilla electrónica de Office Word y Excel (Microsoft Corporation) en software Windows 7 Home Basic. Una vez realizada la captura electrónica y la configuración de la base de datos se procedió a la limpieza de dicha base en búsqueda de errores en la captura, valores extremos, datos perdidos y no plausibles.

Análisis descriptivo: Se describió la prevalencia de depresión. Para evaluar la prevalencia de depresión, se describió mediante proporciones y promedios. El análisis se realizó de acuerdo al tipo de distribución (si existe normalidad o no) y al tipo de cada variable, con medidas de resumen y de dispersión apropiadas para cada caso. Tras la comparación de grupos se estimó si existe diferencia acorde al tipo de distribución y tipo de variable.

## RECURSOS HUMANOS, ÉTICOS Y FINANCIEROS

### RECURSOS HUMANOS

El presente estudio fue realizado por el investigador principal y los investigadores asociados, quienes realizaron el llenado correspondiente de la hoja de recolección de datos.

### RECURSOS MATERIALES

- Libreta de trabajo
- Bolígrafos
- Marca-textos
- Computadora personal tipo laptop con programa Windows Home 7, con software Microsoft Office 2010 (Word y Excel 2010), para la captura de datos.
- Auditorio de usos múltiples
- Hojas de consentimiento informado
- Cuestionario (escala de Yesavage) para determinar presencia de depresión

### RECURSOS ÉTICOS

Este estudio fue sometido a evaluación y aceptación por el comité de ética en investigación y hasta ser aceptado se inició su realización. El presente protocolo de investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, vínculo de las causas de enfermedad, la práctica médica y estructura social, a la prevención y control de los problemas de salud.

El presente estudio se realizó y se apegó bajo los principios éticos básicos (respeto, justicia, beneficencia y no maleficencia) y bajo las siguientes normas éticas vigentes nacionales e internacionales:

Ley general de salud en Materia de Investigación en salud: establece que la investigación en seres humanos debe adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica. Solo puede practicarse cuando el conocimiento no pueda obtenerse por otro medio idóneo, contar con el consentimiento informado del sujeto de investigación y privilegia los beneficios contra riesgos, suspendiéndose la investigación si estos sobreviven. La investigación debe ser realizada por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias. Esta investigación se incluye dentro del grupo “riesgo mínimo”, se sustenta en el principio de autonomía del paciente, considerando la existencia de los requisitos básicos para el mismo: libertad de decisión, explicación suficiente y competencia para decidir.

En base a la Ley general de salud en materia de investigación en salud, se menciona que la población de adultos mayores puede ser una población subordinada y vulnerable al ser un grupo especial de la población y en la cual el consentimiento informado puede ser

influenciado por alguna autoridad, conforme a lo redactado en el artículo 57. Según el artículo 24, si existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador, que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación, completamente independiente de la relación investigador-sujeto, en este caso, la trabajadora social encargada del programa PASS.

Según el artículo 58 de la Ley general de salud en materia de investigación en salud, cuando se realizan investigaciones en grupos subordinados, en la Comisión de Ética deberá participar uno o más miembros de la población en estudio, capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilar que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación escolar, laboral, militar o la relacionada con el proceso judicial al que estuvieran sujetos y las condiciones de cumplimiento de sentencia, en su caso; que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes, y que la institución de atención a la salud y los patrocinadores se responsabilicen del tratamiento médico de los daños ocasionados y de la indemnización que legalmente corresponda por las consecuencias dañosas de la investigación.

Declaración de Helsinki (1964; con actualización en 2013): Esta declaración introduce en su enmienda la revisión de las investigaciones por un comité de ética independiente de los investigadores y da origen a los comités de ética para la investigación a nivel internacional. En su última revisión se menciona que el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, esto con una evaluación continua para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Código de Nuremberg (1997): el presente protocolo se apega a las normas éticas sobre investigación y experimentación en seres humanos, se llevan a cabo las recomendaciones contenidas en el mismo, debido a que en esta investigación será absolutamente esencial en consentimiento informado y voluntario del sujeto humano; la investigación será útil para el grupo de estudio y bien de la sociedad; evita sufrimiento físico y mental, así como daño innecesario; existe experiencia en realización de protocolos de investigación en la unidad por lo que se llevará a cabo de forma profesional y se dará la libertad de abandonar el estudio a los sujetos en investigación cuando así lo deseen.

PROY-NOM-012-SSA3-2007, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, la cual especifica cómo debe llevarse a cabo la revisión y aprobación de los protocolos en instituciones de salud, con el fin de proteger los derechos y el bienestar de los sujetos sometidos a investigación.

En esta investigación se respetan estrictamente los principios contenidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en lo concerniente a los Principios Básicos e Investigación Médica Asociada a la Atención Profesional.

De acuerdo al reglamento de investigación de la ley general de salud, se considera que este estudio genera un riesgo mínimo al ser un estudio descriptivo y transversal que únicamente valora datos relacionados con los pacientes, cumpliendo el criterio de respeto a la dignidad,

protección de derechos así como el bienestar de los mismos.

Esta investigación tiene como contribuciones y beneficios el conocimiento de la presencia y prevalencia de depresión en adultos mayores que se encuentran en un programa de atención social a la salud, sin presentar riesgo para los mismos; se brindará consentimiento informado, se garantiza la selección de los participantes libre de cualquier tipo de discriminación así como la confidencialidad de los datos obtenidos.

Este estudio no expone a riesgos ni daños innecesarios al paciente, se explicó el proceso de obtención de consentimiento informado, detallando método, tiempo y lugar propicio para el mismo y se apegó a los principios de seguridad y justicia según las leyes y normas comentadas previamente en materia de investigación.

## RECURSOS FINANCIEROS

Los gastos generados por el estudio fueron absorbidos por los investigadores.



## RESULTADOS

En el presente estudio, se identificó la prevalencia de depresión en pacientes adultos mayores pertenecientes al programa PASS así como algunas variables sociodemográficas de la población en estudio, razón por la cual se realizó el siguiente análisis de resultados.

Se estudiaron 280 adultos mayores, 212 mujeres (76%) y 68 hombres (24%). Se obtuvo un rango de edad de 60 a 87 años, con un promedio de 68.25 años (DE  $\pm 6.33$  años) y la distribución en cuanto a edades fue de la siguiente manera: 60 a 64 años con 48 personas (17%), 65 a 70 años con 92 personas (33%), 71 a 74 años con 56 personas (20%), 75 a 79 años con 56 personas (20%), 80 a 84 años con 20 personas (7%), 85 años o mayor con 8 personas (3%). El porcentaje más alto correspondió a las edades entre 65 y 70 años en ambos sexos. (Cuadro 1).

En cuanto a ocupación el 88.6% fue desempleado (248 personas) y el 11.4% tuvo algún trabajo (32 personas). (Gráfica 1).

Con respecto a la escolaridad encontramos analfabetismo en 32 personas (11.4%), primaria en 176 personas (62.9%), secundaria en 40 personas (14.3%), bachillerato en 16 personas (5.7%) y licenciatura en 16 personas (5.7%). Se encontró predominio de nivel bajo de escolaridad (74.3%). (Gráfica 2).

En relación al estado civil el 3.1% fue soltero (8 personas), el 64.3% fue casado (180 personas), el 8.6% fue divorciado (24 personas) y el 24.3% fue viudo (68 personas). (Gráfica 3).

Del total de 280 adultos mayores, el 95% de ellos no tuvo depresión; de ellos el 24% correspondió a hombres y el 76% a mujeres. El 5% del total de la muestra presentó depresión establecida, de ellos el 29% correspondió a hombres y el 71% a mujeres, es decir, existió un mayor porcentaje de depresión en las mujeres en relación con los hombres. (Cuadro 2).

Se encontró una prevalencia de depresión del 5%. De las personas evaluadas, el 5% obtuvo una calificación en la escala de Yesavage positiva (diagnóstico de depresión), siendo 29% en hombres y 71% en mujeres. Del total de positivos, el 100% se encontró en la categoría de depresión leve (puntaje mayor o igual a 6) y 0% en la categoría de depresión severa (puntaje mayor o igual a 10). (Cuadro 3).

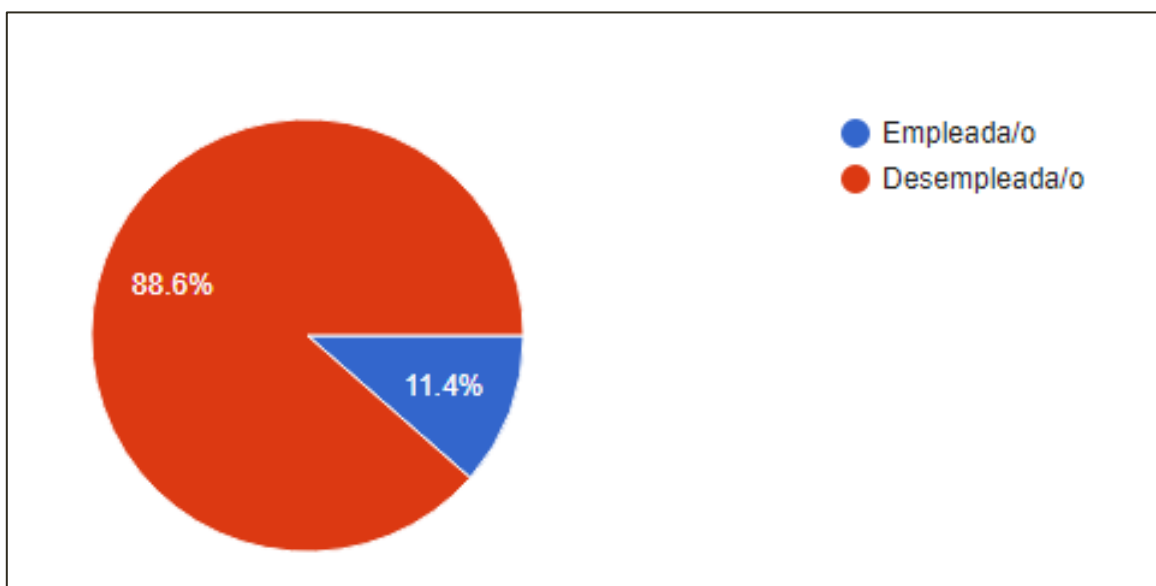
## CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro 1. Distribución de grupos de edad por sexo.

Grupo de edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
<b>60-64</b>	36	(17)	12	(18)	48	(17)
<b>65-69</b>	70	(33)	22	(32)	92	(33)
<b>70-74</b>	42	(20)	14	(21)	56	(20)
<b>75-79</b>	42	(20)	14	(21)	56	(20)
<b>80-84</b>	16	(7)	4	(5)	20	(7)
<b>≥85</b>	6	(3)	2	(3)	8	(3)
<b>Total</b>	212	(76)	68	(24)	280	(100)

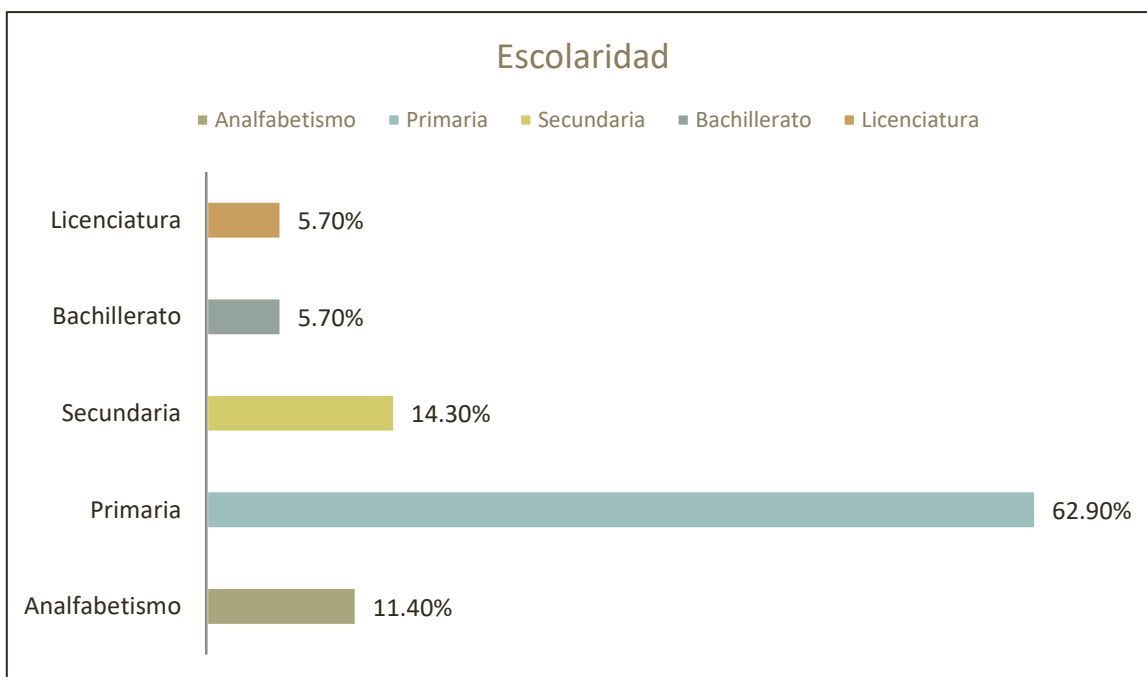
Fuente: Hoja de recolección de datos.

Gráfica 1. Distribución por ocupación.



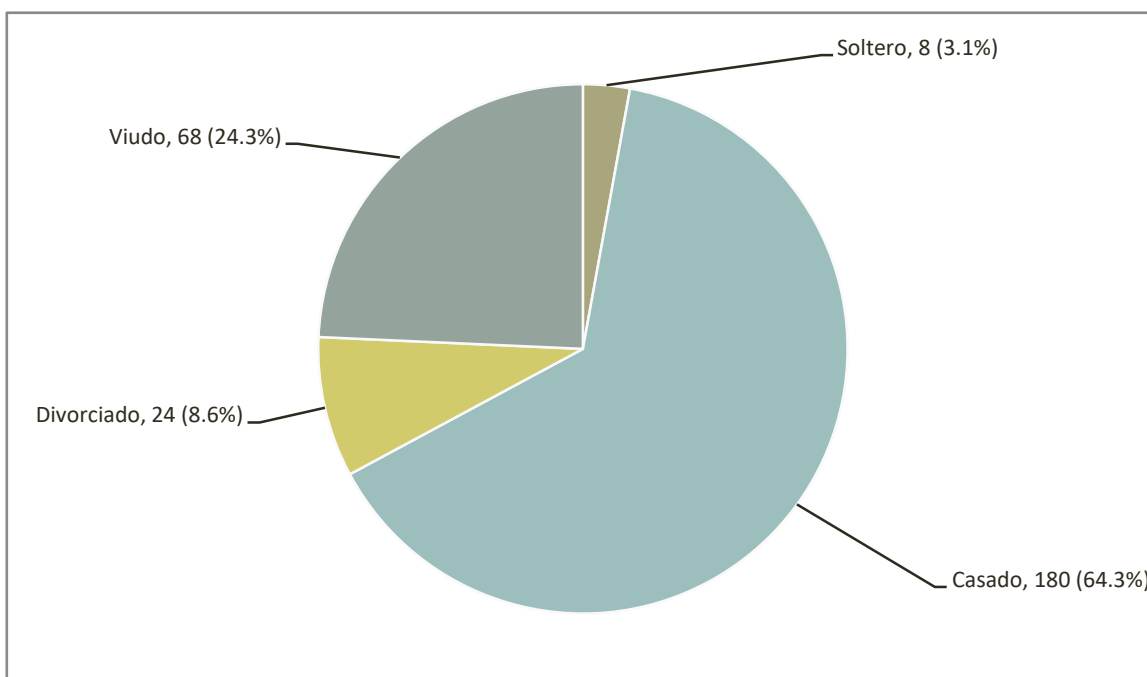
Fuente: Hoja de recolección de datos.

Gráfica 2. Distribución por escolaridad.



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Gráfica 3. Distribución por estado civil.



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Cuadro 2. Valoración de depresión según la escala de Yesavage.

Escala de Yesavage			Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
<b>Puntaje</b>	0 a 5 (no deprimido)	n	64	202	266
		%	(24)	(76)	(100)
		%	(94)	(95)	(95)
	6 a 15 (deprimido)	n	4	10	14
		%	(29)	(71)	(100)
		%	(6)	(5)	(5)
<b>Total</b>		n	68	212	280
		%	(24)	(76)	(100)
		%	(100)	(100)	(100)

Fuente: Resultados de la escala de Yesavage.

Cuadro 3. Interpretación de resultado de escala de Yesavage.

<b>Severidad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Normal</b>	266	(95)
<b>Depresión Leve</b>	14	(5)
<b>Depresión Severa</b>	0	(0)
<b>Total</b>	280	(100)

Fuente: Resultados de la escala de Yesavage.

## DISCUSIÓN

La depresión es una enfermedad mental que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, siendo los adultos mayores uno de los grupos más vulnerables. El 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. Globalmente, la prevalencia de depresión es mayor en la mujer que en el hombre.

Este trastorno está relacionado con una disminución en la serotonina, que es un neurotransmisor que regula las emociones de bienestar y el sueño; además se ve reflejado en una serie de alteraciones en las que dominan los sentimientos de tristeza y baja de la voluntad.

Existe una afectación global del funcionamiento del individuo, en el que además de tristeza hay una serie de manifestaciones como baja en la voluntad, autoestima, la actividad diaria, sentimientos de inutilidad y recurrentes sentimientos de culpa que afectan su vida cotidiana, familiar, social y laboral.

Una gran diversidad de señales pueden identificar la depresión en adultos mayores, tales como: buscar a personas con las que estaba distanciado, la suspensión de tratamientos médicos, menos socialización, carácter irritable, indiferencia ante situaciones que habitualmente disfrutaba o le afectaban, llorar frecuentemente, además de dormir más y comer menos.

Es importante conocer los factores de riesgo para desarrollar estrategias efectivas de prevención, diagnóstico y tratamiento de este trastorno en los adultos mayores.

En el presente trabajo se pudo describir la prevalencia de depresión en pacientes integrados al programa PASS del IMSS. En el estudio de De los Santos<sup>15</sup>, se encontró una prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 años del 74.3%, predominando mujeres en un 41.44% contra 32.87% en hombres. Como expresa Sotelo<sup>16</sup>, existe una prevalencia del 7.8% en adultos mayores. Para von Mühlenbrock<sup>38</sup>, hay una prevalencia del 22.13% en adultos mayores de 60 años, estimando una prevalencia del 28.12% en mujeres y 16.41% en hombres. En nuestro estudio encontramos una prevalencia de 5% de depresión en adultos mayores, siendo menor a lo encontrado en otros estudios, coincidimos en que es más común en mujeres que en hombres.

De acuerdo con Villareal<sup>20</sup>, existe mayor depresión en mujeres, así como en el grupo etario de 60 a 74 años, obteniendo resultados similares a nuestro estudio, además de que resaltan la importancia de que se encontraron en el 46.8% como factores protectores, el tener buena comunicación y apoyo familiar.

Afirma De los Santos<sup>15</sup> que la edad, escolaridad, estado civil ocupación y actividades sociales son factores asociados a la aparición de depresión en personas mayores. Postula Segura<sup>39</sup> que el riesgo de depresión se asoció con la edad, estado civil, nivel educativo, así como la presencia de toxicomanías.

Da a conocer von Mühlenbrock<sup>38</sup> que encontró un predominio de personas con enseñanza básica en 37.5%, sin embargo, refiere el autor que no se evidenció depresión en personas con analfabetismo y estudios universitarios. Se encontró un predominio de viudos con depresión en 38.46%, solteros y divorciados en 33.3% y casados en 13.75%. También encontró mayor prevalencia de depresión en personas que vivían solas, consumidores de

alcohol, fumadores activos, pacientes con polifarmacia y con algún grado de dismovilidad. Resalta que la prevalencia de depresión no aumenta conforme lo hace la edad, además se observó que a mayor nivel educativo hay menor prevalencia de presentar depresión en adultos mayores.

Indica Segura<sup>39</sup> que se encontró mayor riesgo de depresión al tener poca o nula participación en actividades comunitarias y/o deportivas, a la vez que empeoraba su calidad de vida y una pérdida importante de su capacidad funcional. En ese estudio se concluye que el riesgo de depresión en el adulto mayor está más asociado a la dificultad para relacionarse con su entorno físico y afectivo, situación que puede prevenirse al reforzar los lazos familiares y tener un envejecimiento activo y funcional.

Plantea Castro<sup>40</sup> que se observó un riesgo elevado para desarrollar depresión en los individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos así como inasistencia a asociaciones de convivencia; existió riesgo moderado en los adultos mayores con inactividad física, dependencia económica y ser del sexo femenino; además riesgo leve en quienes presentaban polifarmacia y pluripatología. Alude acción protectora en quienes presentaban disarmonía familiar. Consideramos que a la vez podría aumentar ese riesgo cuando existe menor apoyo familiar y mayor dependencia económica; teniendo esto en cuenta, pueden actuar como factores protectores la realización de actividad física y convivencia en grupos sociales, así como el apoyo familiar y económico.

Argumenta Zavala<sup>41</sup> que la frecuencia de depresión y disfunción familiar fue elevada, así como el bajo nivel de educación y la soledad. En su estudio se encontraron 56% de adultos mayores con estado civil no unido, el 50% se dedicaba a labores del hogar, el 32% estaba jubilado y hasta en 83% tenía un nivel de escolaridad baja. Se halló asociación significativa entre depresión con escolaridad y estado civil. En nuestro estudio también encontramos un nivel de escolaridad baja predominante con analfabetismo en 11.4% y educación de nivel primaria en 62.9%.

Expresa Sotelo<sup>16</sup> que en el ámbito hospitalario existe depresión en hasta un 30% de los pacientes adultos mayores, así como en instituciones gubernamentales como las clínicas de atención primaria hay prevalencia de síntomas depresivos del 30 a 40% y de depresión mayor en un 12 a 16%. En nuestro caso, encontramos depresión leve en el 5% del total de los encuestados y no encontramos depresión severa en los encuestados. Destaca Von Mühlenbrock<sup>38</sup> que al realizar la escala de Yesavage obtuvo como resultado un 89.6% de depresión leve a moderada y se identificó un 10.3% de depresión severa. En nuestro estudio identificamos depresión leve según la escala de Yesavage en el 100% de los casos positivos.

Según lo revelado por Fernández<sup>42</sup>, se encontró que 56% de los adultos mayores con depresión presentó hipertensión arterial, 50% presentó diabetes tipo 2, el 42% sobrepeso y el 34% obesidad, asimismo, se observó una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de depresión y el nivel educativo de los pacientes, con hipertensión arterial y con obesidad. Menciona Can<sup>43</sup> que los adultos mayores que padecían hipertensión arterial fueron en mayor frecuencia mujeres, relacionándose con depresión en un 9%, teniendo como factores de riesgo agregados la obesidad, diabetes y llevar hábitos poco saludables.

Describe Ponce<sup>44</sup> que existe depresión en hasta el 70% de los adultos mayores, así como hipertensión arterial en 54%; se menciona que se brindó una guía de acciones orientadas a

la reducción de la presión arterial disminuyendo la depresión hasta un 48% y controlando los niveles tensionales hasta en un 30%. Destaca Quintero<sup>45</sup> que hasta el 81% de pacientes con sobrepeso y obesidad pueden presentar sintomatología depresiva. En la opinión de Rivas<sup>46</sup> se encontró presencia de diabetes y depresión de forma más frecuente en sexo femenino, en 47.3% en mujeres y 40.9% en hombres. A juicio de Escobar<sup>47</sup> se refiere que las personas que padecen diabetes tipo 2 tienen riesgo dos veces mayor de desarrollar depresión en comparación con la población general y aproximadamente un 20% de ellos presentan depresión.

Sin importar la enfermedad, se ha encontrado que cuando existe comorbilidad con depresión, se afecta la adherencia terapéutica y el autocuidado. En nuestro caso, no buscamos una patología en concreto, sin embargo, consideramos que puede disminuir la prevalencia de padecer depresión el hecho de que los participantes realicen actividad física y tengan convivencia social, lo que permitiría disminuir la presencia de una amplia variedad de comorbilidades y evitar mayores complicaciones futuras.

Sozeri<sup>19</sup> menciona que la psicoterapia, terapia ocupacional, terapia de grupo, terapia familiar, actividades de asociación civil y realización de actividad física junto con tratamientos farmacológicos generan soluciones adecuadas para el tratamiento de los pacientes con depresión, principalmente ayudando al control de emociones, afrontamiento y resolución de problemas, así como cambios adaptativos para mejorar la calidad de vida de los mismos.

Como expresa Ávila<sup>48</sup>, se desarrolló dependencia para actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria en un 12.7%, concluyendo que la depresión favorece el desarrollo de dependencia funcional.

Desde el punto de vista de Valverde<sup>49</sup>, se encontró una relación inversa entre la práctica de actividad física y la posibilidad de presentar síntomas depresivos o atenuarlos en caso de estar deprimido, la actividad física actúa como un factor protector de padecer depresión. Como menciona Nguyen<sup>50</sup> “la actividad física es un tratamiento eficaz para los sujetos con depresión y una buena herramienta para prevenirla”; de igual manera, Teychenne<sup>51</sup> corroboró la relación inversa entre la práctica de actividad física y los síntomas depresivos, además encontró que en la depresión se observan cambios a mediano plazo producidos por programas de actividad física y salud. Patiño<sup>52</sup> determinó el efecto de diferentes tipos de ejercicio en la depresión de adultos mayores, concluyendo que el ejercicio produce mejoría de la depresión en adultos mayores, con mayor evidencia a corto plazo (3 meses) y con trabajos de fuerza a alta intensidad.

Enfatiza Young<sup>53</sup> que los proveedores de cuidados en clínicas de rehabilitación, en conjunto con un manejo a múltiples niveles con programas educacionales, servicios de voluntarios, programas de mejora de salud y programas de actividades físicas mejoran el bienestar psicológico y brindan soporte emocional a los adultos mayores.

Como dice Vargas<sup>54</sup>, se sugiere encausar esfuerzos para fortalecer el desarrollo, formación integral, salud y recreación de la población adulta mayor; se concertó la importancia de la actividad física, alimentación, adecuado descanso para mejorar la salud en general del adulto mayor; así como menciona que los programas que entran en contexto con la seguridad social son un pilar importante de acciones relacionadas con la promoción colectiva de la salud y el bienestar general. La integración en este tipo de programas



permite el funcionamiento orgánico, mantiene las capacidades físicas y cognitivas en óptimas condiciones, ayuda a preservar la autonomía del adulto mayor y contribuye en la prevención de enfermedades.

## CONCLUSIONES

En este estudio predominó el sexo femenino (71%). El grupo de edad más frecuente fue el de 65-70 años. Se encontró un nivel bajo de escolaridad (74.3%), sin embargo, aparentemente no influyó para que los adultos mayores de nuestro estudio presenten depresión.

El apoyo familiar, la independencia económica, tener un empleo y la asistencia a actividades de recreación social y realización de actividad física, según lo encontrado por otros estudios, disminuye la frecuencia de padecer depresión en los adultos mayores.

En nuestro estudio encontramos que la depresión tiene baja prevalencia en los adultos mayores integrados al programa PASS, además el bajo nivel educativo aunque es elevado, no da la impresión de actuar como factor de riesgo y consideramos que podrían existir factores protectores que disminuyen la frecuencia de depresión como lo es el apoyo familiar, independencia económica, tener un empleo y la asistencia a actividades de integración y de realización de actividad física.

Las medidas realizadas en el programa en donde se les da a los pacientes un enfoque de carácter educativo para cambiar su estilo de vida y llevar a cabo hábitos saludables mejora el autocuidado de la persona, mejora la calidad de vida, favorece un mejor ambiente en el entorno familiar y social, además de que disminuye la propensión a padecer depresión.

Con lo manifestado, se sugiere realizar una adecuada valoración del paciente en el primer nivel de atención con el fin de brindar diagnósticos precisos; mejorar la relación médico-paciente para optimizar la adherencia del paciente al tratamiento adecuado; orientar a los pacientes en sesiones educativas para que disminuya el riesgo de depresión, colocar metas de tratamiento y tratar todas las circunstancias del paciente para no limitarse únicamente a las patologías encontradas; establecer valoración por múltiples especialistas en caso necesario y el envío a programas similares a PASS para mejorar las cuestiones antes descritas y fomentar el autocuidado de los pacientes, con consultas posteriores para evaluar los resultados obtenidos y realizar retroalimentación de los mismos.

Finalmente estos hallazgos sugieren que el programa PASS, al permitir la realización de actividades físicas, cambio de hábitos, así como convivencia social y según los resultados favorables vistos en los estudios de otros autores, pudiera ser una estrategia adecuada para la prevención y el tratamiento de varias patologías como sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, soledad, aislamiento social y dentro las cuales también se encuentra la depresión, brindando múltiples beneficios a los pacientes adultos mayores.

Se necesitan más estudios para conocer el potencial beneficio del programa PASS en la disminución de la prevalencia y efecto en la prevención y tratamiento de enfermedades como la depresión en los adultos mayores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. D'Hyver C. Geriátría. 3ª. Ed. México: Manual Moderno; 2014. 393-401.
2. Ellis G, Sevdalis N. Understanding and improving multidisciplinary teamworking in geriatric medicine. *Age Ageing*. 2019; 11(1): 1-10.
3. Envejecimiento y ciclo de vida. OMS [Internet]. México, 2019. [Citado 04 Mayo 2019] Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es>
4. Flores A, Humerez L, Rivera M. Índice global de envejecimiento. AgeWatch. HelpAge International [Internet]. Suiza, 2015. [Citado 04 Mayo 2019]. Disponible en: <http://www.globalagewatch.org>
5. Denisse K. Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. CONAPO [Internet]. México, 2014. [Citado 04 Mayo 2019]. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/envejecimiento\\_demografico\\_en\\_México](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/envejecimiento_demografico_en_México)
6. González K. Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. *La situación demográfica de México*. México, 2015. 113-129.
7. Hernández M et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2016. SSA/INSP. México, 2016. 36-64.
8. Pichot P. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona; 1995. 375-384.
9. Halter B. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 6ª. Ed. New York: Mc Graw Hill; 2009. 849-857.
10. Salinas A. Validación de un punto de corte para la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos versión abreviada (CESD-7). *Salud Pública de México*. 2013; 55 (3): 267-274.
11. American Psychiatric Association. DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 2016. 6-16.
12. Wancata J. Depression: a diagnosis aptly used? *Psychyatr Danub* 2011; 23 (4): 406-411.
13. González M. Depresión en ancianos, un problema de todos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17 (4): 316-320.
14. Fernández M. Depresión en el anciano. *Medicina General*, 2002; 40 (1): 28-31.
15. De los Santos P, Carmona S. Población y Salud en Mesoamérica. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. CCP. Costa Rica, 2018; 15 (2): 1-19.
16. Sotelo I, Rojas J, Sánchez C, Irigoyen A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Arch Med Fam* 2012; 14 (1): 5-13.
17. Urbina J, Flores J, García M et al. Síntomas depresivos en personas mayores: prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit. Barcelona*, 2011; 21 (1): 37-42.
18. Kohler S, Thomas A, Barnett N. The pattern and course of cognitive impairment in late-life depression. *Psychol Med*. 2010; 40 (1): 591-602.
19. Sozeri G. Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging and Disease*. 2012; 3 (6): 465-471.

20. Villareal R. Caracterización de los ancianos con trastornos depresivos. *Medisan*, 2010; 14 (7):918.
21. Martínez J et al. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (1):21-8.
22. Lizarraga M. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Neurol Neurocir Psiquiat* 2006; 39 (4):132-137.
23. Maurer D. Screening for depression. *Am Fam Physician* 2012; 85 (2): 139-144.
24. Cruzblanca H. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Ment*. 2016; 39 (1): 47-58.
25. Mazzotta V. Depresión y síndrome metabólico. *Rev Arg Clin Neuropsiq*. 2011; 16 (9): 396-424.
26. Lang U, Borgwardt S. Molecular mechanisms of depression: perspectives on new treatment strategies. *Cell Physiol Biochem*. 2013; 31 (1): 761-777.
27. Karam R, Morales E, Gallardo I. Procedimiento de atención social a la salud de derechohabientes referidos por el área médica. 3110-003-043. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. IMSS. México, 2012.
28. Abizanda P. Medicina geriátrica. Una aproximación basada en problemas. Barcelona: Elsevier; 2012. 515-524.
29. Howard M. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 8ª. Ed. Philadelphia: Elsevier; 2017. 433-445.
30. Guía de Práctica Clínica. Depresión en adultos mayores. España. Disponible en: [https://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos1/Anexo\\_9\\_instrumentos\\_de\\_evaluacion\\_de\\_la\\_depresion.pdf](https://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos1/Anexo_9_instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf)
31. Sivertsen H, Bjorklof G, Engedal K. Depression and quality of life in older persons: a review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015; 40 (1): 311-339.
32. Blazer D. Depression in late life: review and commentary. *FOCUS The Journal of Life Long Learning in Psychiatry*, 2009; 7 (1): 118-136.
33. Ortiz C. Prevalencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor con depresión crónica de la UMF 61 de Veracruz. *Medicina Familiar*. Universidad Veracruzana. México, 2014. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/42253>
34. Izal M, Montorio I, Nuevo R. Comparación de la sensibilidad y la especificidad entre diferentes versiones de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007; 42 (4): 227-232.
35. Gómez C, Campos A. Escala de Yesavage para depresión geriátrica: estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ Psychol*, 2011; 10 (3): 735-743.
36. Yesavage J. Development and validation of a geriatric depression screening scale. *Journal of Psychiatric Research*. New York, 1983; 17 (1): 37-49. Disponible en: <http://www.stanford.edu/~yesavage/ACRC.html>
37. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered*. 2018; 29 (1):182-191.
38. Von Mühlentrock F, Gómez R, González M. Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev Chil Neuro Psiquiat* 2011; 49 (4): 331-337.

39. Segura A. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores en Antioquia, Colombia 2012. *Rev Salud Pública*. 2015; 17 (2): 184-194.
40. Castro M. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Neurol Neurocir Psiquiat*. 2006; 39 (4): 132-137.
41. Zavala M. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría*. 2010; 2 (1):41-48.
42. Fernández A. Importancia del diagnóstico de la depresión en adultos mayores en una clínica de medicina familiar. *Neurol Neurocir Psiquiat*. 2008; 41 (3): 83-89.
43. Can R. Prevalencia de hipertensión arterial en las personas mayores de la ciudad de San Francisco Campeche. *RICS*. 2016; 5 (10):1-10.
44. Ponce S. Prevalencia de depresión en adultos mayores que acuden al centro de salud de Chimbo diagnosticados con hipertensión arterial. Ambato, Ecuador. 2018. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9237>
45. Quintero J. Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud Mental*. 2016; 39 (3): 123-130.
46. Rivas V. Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes tipo 2. *Revista Salud en Tabasco*. 2011; 17 (2): 30-35.
47. Escobar M. Diabetes y depresión. *Acta Med Colomb*. 2016; 41 (2): 96-97.
48. Ávila J. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México*. 2007; 49 (5): 367-375.
49. Valverde A. Actividad física y depresión: revisión sistemática. *Rev Int Med Cienc Act Fis Dep*. 2014; 14 (54): 377-392.
50. Nguyen Q. Depression and use of a health plan-sponsored physical activity program by older adults. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008; 35 (1): 111-117.
51. Teychenne M. Physical activity and likelihood of depression in adults: a review. *Preventive Medicine*. 2008; 46 (1): 397-411.
52. Patiño F. Ejercicio físico y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. *Rev Col Psiq*. 2013; 42 (2): 298-311.
53. Young J. Factors influencing depression among elderly patients in geriatric hospitals. *J Phys Ther Sci*. 2013; 25 (11): 1445-1449.
54. Vargas O. Actividad física, recreación y salud en el adulto mayor. *Inter Sedes*. Vol. III. (4-2002): 63-71.

## **ANEXOS**

Anexo 1. Carta de consentimiento informado

Anexo 2. Hoja de recolección de datos

Anexo 3. Escala de Yesavage

Anexo 4. Carta compromiso de confidencialidad y manejo ético de datos

Anexo 5. Carta de no inconveniencia para la realización de protocolo de investigación

Anexo 6. Cronograma de actividades



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 61  
(ADULTOS)**

**Anexo 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

**Prevalencia de depresión según escala de Yesavage en adultos mayores del programa PASS de la UMF No. 61**

Investigador Principal	Blanco Trejo Wendy
Investigador Asociado o Tesista	Tavera Vilchis Marco Antonio
Número de registro:	R-2020-1503-039
Financiamiento (si Aplica)	Ninguno
Lugar y fecha:	Naucalpan de Juárez, Estado de México, UMF No. 61
Riesgo de la Investigación:	Estudio con riesgo mínimo. Se sustenta en el principio de autonomía del paciente, considerando la existencia de los requisitos básicos para el mismo: libertad de decisión, explicación suficiente y competencia para decidir. Este consentimiento es válido jurídicamente debido a que es libre, consciente y ausente de error, violencia o dolo.
Justificación y Objetivos del estudio:	Este estudio se realizará para saber si existen personas adultos mayores con depresión dentro del Programa de Atención Social a la Salud de los derechohabientes referidas por el área médica (PASS) el cual es un programa donde se brindan pláticas orientativas y se realizan actividades educativas, deportivas y culturales que permiten llevar a cabo un estilo de vida saludable en los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); así como conocer la cantidad de personas con dicha enfermedad. Por favor lea la información y haga las preguntas que desee antes de decidir si participará o no en la investigación
Procedimientos:	Si usted decide participar ocurrirá lo siguiente: se le realizará una encuesta donde usted mismo elegirá las posibles respuestas, de acuerdo a su opinión, se revisará su resultado con las demás personas y se obtendrán datos para determinar si hay o no depresión. En caso de cualquier duda, tiene la garantía de recibir respuesta a la brevedad.
Posibles riesgos y molestias:	De acuerdo al Reglamento de la Ley General en materia de investigación para la salud, existe riesgo mínimo por ser un estudio prospectivo y se garantizará el bienestar y los derechos de los sujetos de investigación, esto conforme a lo establecido en el artículo 17, debido a que se realizarán cuestionarios que pueden generar cierta susceptibilidad, donde no se identificarán ni se tratarán aspectos sensitivos de su conducta; y en base al artículo 20 ya que cada persona recibirá un consentimiento informado para participar en la misma
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted, si bien; los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento	Los resultados se entregarán una vez terminado el estudio al encargado del programa PASS para hacerlo llegar a todos los participantes y en caso necesario sugerir algunas medidas para mejorar el servicio y la atención dentro del programa. Los datos personales de los participantes se conservarán en anonimato mediante el uso de un folio
Participación o retiro:	Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada con folios y las bases de datos estarán protegidas por una clave de acceso, solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Wendy Blanco Trejo, correo electrónico wscottmx@yahoo.com.mx, nos puede llamar al teléfono 5527940400 ext. 157, de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 14:00 horas o acudir a la Unidad de Medicina Familiar no. 61 con domicilio Av. 16 de septiembre no. 19 Col. San Bartolo, Naucalpan de Juárez, estado de México, C.P. 53000

Colaboradores: Dr. Mauricio Espinosa Lugo, correo electrónico dr.trepanado@gmail.com; Marco Antonio Tavera Vilchis, médico residente de medicina familiar, correo electrónico mtaveravilchis@gmail.com, teléfono 5527940400 ext. 157 de lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas con dirección en Unidad de Medicina Familiar no. 61, con domicilio Av. 16 de septiembre no. 19 Col. San Bartolo, Naucalpan de Juárez, Estado de México, C.P. 53000

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 15038, Hospital General de Zona No. 58 del IMSS: Blvd. Manuel Ávila Camacho, fraccionamiento Las Margaritas, Colonia Santa Mónica, Estado de México, CP. 54050. Teléfono (55) 53974515 extensión 52315, de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 16:00hrs, Correo electrónico: comite.etica15038@gmail.com

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y fecha del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

\_\_\_\_\_  
Nombre, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, 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**

**43**



ANEXO 2: Hoja de recolección de datos

“Prevalencia de depresión según escala de Yesavage en adultos mayores del programa PASS de la UMF No. 61”

Hoja de recolección de datos

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Folio: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Edad: 60-64 ( ) 65-69 ( ) 70-74 ( ) 75-79 ( ) 80-84 ( ) 85 o mayor ( )

Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )

Ocupación actual: Empleado ( ) Desempleado ( )

Escolaridad: Ninguna ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Bachillerato ( )

Licenciatura ( )

Estado civil: Soltero/a ( ) Casado/a ( ) Divorciado/a ( ) Viudo/a ( )

### ANEXO 3: Escala de Yesavage

“Prevalencia de depresión según escala de Yesavage en adultos mayores del programa PASS de la UMF No. 61”

#### ESCALA DE YESAVAGE

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Folio: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Pregunta	Si	No
1) ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2) ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3) ¿Cree que su vida está vacía?	1	0
4) ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5) ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6) ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7) ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8) ¿A menudo se siente abandonado/a?	1	0
9) ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10) ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11) ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12) ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13) ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14) ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15) ¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0

Anexo 4. Carta compromiso de confidencialidad y manejo ético de datos



GOBIERNO DE  
MÉXICO



2020  
LEONA VICARIO

DELEGACIÓN REGIONAL ESTADO  
DE MÉXICO PONIENTE  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF no. 61

**CARTA COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO ÉTICO DE DATOS**

Naucalpan; Estado de México a 07 de septiembre del 2020

Por medio de la presente el C. (Wendy Blanco Trejo, Mauricio Espinosa Lugo y Marco Antonio Tavera Vilchis), nos comprometemos a obtener exclusivamente los datos necesarios para esta investigación (prevalencia de depresión según escala de Yesavage en adultos mayores del programa PASS de la UMF no. 61) y resguardar la confidencialidad de los mismos, los cuales serán utilizados, en el Protocolo de Investigación que lleva por Título ("Prevalencia de depresión según escala de Yesavage en adultos mayores del programa PASS de la UMF no. 61") y la recolección de los datos en mención se iniciará hasta contar con el dictamen de **APROBADO**, por el comité correspondiente.

En caso de hacer uso indebido de la información, estoy consciente de que me haré acreedor (a) a la sanción que corresponda.

  
Marco Antonio Tavera Vilchis  
Nombre y Firma del Tesista

  
Wendy Blanco Trejo  
Nombre y firma del Investigador principal

Unidad de Servicios de Prestaciones Médicas UMF no. 61, Clínicas, Toluca, Estado de México, C.P. 50500, Teléfono: (773) 278 00 79 Ext. 5007

Anexo 5. Carta de no inconveniencia para la realización de protocolo de investigación



GOBIERNO DE  
MÉXICO



2020  
LEONA VICARIO

DELEGACIÓN REGIONAL ESTADO  
DE MÉXICO PONIENTE  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas.  
Coordinación Clínica de Educación, Investigación y Salud UMF no. 61

Naucalpan, Estado de México a 07 de Septiembre del 2020

Unidad de Medicina Familiar No 61

Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS)

Asunto: Carta de No inconveniente para la realización de Protocolo de Investigación

Por medio de la presente, me permito informar que No existe inconveniente alguno para que se realice el protocolo de investigación que a continuación se describe, una vez que haya sido evaluado y aprobado por el comité Local de Investigación en Salud y el comité de ética en Investigación que le correspondan.

Título de la Investigación.

"Prevalencia de depresión según escala de Yesavage en adultos mayores del programa PASS de la UMF no. 61"

Investigador Principal.

Dra Wendy Blanco Trejo

Investigación Vinculada a Tesis.


Si

Alumno (s):.

Marco Antonio Tavera Vilchis

Sin más por el momento, agradezco su atención y envío cordial Saludo

Atentamente

  
Médico Familiar  
3146965  
Dr(a). Denisse de la Farfás Hernández  
Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 61  
IMSS Subdirectora UMF 61

Ccp. Investigador Principal

Ccp., CCEIS

## Anexo 6. Cronograma de actividades

“Prevalencia de depresión según escala de Yesavage en adultos mayores del programa PASS de la UMF No. 61”

Actividad / Tiempo	2019			2020				2021				
	Mar-May	Jun-Ago	Sep-Dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
Investigación bibliográfica	■	■										
Elaboración de marco teórico		■	■									
Delimitación de problema, hipótesis			■	■								
Revisión de protocolo					■	■	■	■				
Aprobación de protocolo							■	■				
Recopilación de información								■	■			
Organización y análisis de resultados									■	■		
Presentación estadística de la información									■	■		
Elaboración de reporte preliminar									■	■		
Elaboración de reporte final y entrega de resultados										■	■	
Presentación de trabajo final											■	■