



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA/ UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.
13**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN SUBDIAGNOSTICADA EN PACIENTES
MAYORES DE 65 AÑOS EN EL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA/
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13 EN EL TURNO MATUTINO**

TESIS

**PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN:
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. MARIANA CORTÉS BALLESTEROS**

**TUTOR-DIRECTOR DE TESIS
DRA. ITALIA GUERRERO MARTÍNEZ**

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:
DRA. MIRIAM LIMÓN LEMUS
DRA. MARÍA EUGENIA LÓPEZ TECPOYOTL
DRA. PAOLA MONSERRAT ROMERO TORRES**



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. A SEPTIEMBRE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION 1 NORTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO

**HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 13**

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER LA LIBERACIÓN DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN SUBDIAGNOSTICADA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN EL
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA/ UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 13 EN EL TURNO MATUTINO**

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre: Alma Italia Guerrero Martínez

Matrícula: 99368649

Área de Adscripción: Hospital de Gineco-obstetricia/ Unidad de Medicina
Familiar No. 13

Lugar de trabajo: Av. Reforma No. 6, Centro de Azcapotzalco, entre Miguel Hidalgo y
Aztecas, Azcapotzalco, C.P. 02000, Ciudad de México, México

Teléfono: 55-61-27-00

Correo: Italia.guerrero@imss.gob.mx

TESISTA

Nombre: Cortés Ballesteros Mariana

Matrícula: 98358664

Área de Adscripción: Hospital de Gineco-obstetricia/ Unidad de Medicina
Familiar No. 13

Lugar de trabajo: Av. Reforma No. 6, Centro de Azcapotzalco, entre Miguel Hidalgo y
Aztecas, Azcapotzalco, C.P. 02000, Ciudad de México, México

Teléfono: 55 43 88 89 88

Correo: mariana.94.MF@gmail.com

R 2020-3511-D12



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3511.
U MED FAMILIAR NUM 14

Registro COFEPRIS 19 CI 09 017 032

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 012 2018062

FECHA Lunes, 14 de septiembre de 2020

Dra. ALMA ITALIA GUERRERO MARTINEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN SUBDIAGNOSTICADA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN EL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13 EN EL TURNO MATUTINO** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2020-3511-012

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

Dr. ANDRES LEON SANTAMARIA

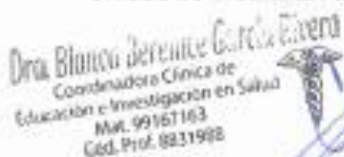
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN SUBDIAGNOSTICADA EN PACIENTES
MAYORES DE 65 AÑOS EN HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA/ UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 13 EN EL TURNO MATUTINO**

AUTORIZACIONES


Dra. Silvia Cuevas León
Especialista de Medicina Familiar
Mat. 11654798
IMSS Céd. Esp. 4700255

Dra. Silvia Cuevas León
Directora
Unidad de Medicina Familiar No. 13


Dra. Blanca Berenice García Rivera
Coordinadora Clínica de
Educación e Investigación en Salud
Mat. 99167163
Céd. Prof. 8831998

Dra. Blanca Berenice García Rivera
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 13


Dra. Alma Italia Guerrero Martínez
Especialista de Turno
Céd. Prof. 99127864
Mat. 99368649

Dra. Alma Italia Guerrero Martínez
Subdirector Médico y Asesora de Tesis
Hospital Regional de Zona No. 48


Dra. Miriam Limón Lemus
Especialista de Medicina Familiar
Céd. Prof. 99127900
Mat. 99368649

Dra. Miriam Limón Lemus
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 13



Dra. Mariana Cortés Ballesteros
Médico Residente de Tercer Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 13



HOSP. DE GINECO OBSTETRICIA
CON U. N. F. No. 13
SUB-DIRECCIÓN ADMVA.

Agradecimientos

A mi familia:

A mi mamá, mi papá, mi abuelita, mi abuelito, mi hermano, mi tío Juan Luis, mi primo Ivann, Andrei por siempre estar conmigo y apoyarme incondicionalmente, ya que sin ustedes no hubiera llegado tan lejos y gracias a ustedes me he convertido en la persona que soy.

A mi asesora de tesis:

Por su apoyo en todo momento dentro y fuera de las aulas, por ser una gran persona que impulsa y motiva a los demás para ser mejores siempre.

A mis profesores:

Por compartir sus conocimientos, por todas sus enseñanzas sobre medicina y la vida.

A mis amigos:

A aquellos que han estado siempre a mi lado apoyándome, pero también a las nuevas amistades que forje durante estos años que me impulsaron a seguir adelante y a ser mejor persona.

CONTENIDO

1. RESUMEN ESTRUCTURADO	7
2. ANTECEDENTES	8
3. JUSTIFICACIÓN	22
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
5. OBJETIVOS	24
6. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	25
7. RESULTADOS	26
8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	37
9. CONCLUSIONES.....	37
10 BIBLIOGRAFÍA.....	39
11. ANEXOS	43

1. RESUMEN ESTRUCTURADO

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN SUBDIAGNOSTICADA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13 EN EL TURNO MATUTINO

Cortés (1), Guerrero (2)

Introducción: En México, y a nivel mundial en los últimos años ha incrementado la sobrevida en adultos mayores, no así, su calidad de vida. Debido a la alta prevalencia de depresión en este grupo etario y la importancia del diagnóstico para mejorar la calidad de vida de los pacientes, es de vital importancia que en las unidades de medicina familiar se identifiquen a pacientes con factores de riesgo y sintomatología para un diagnóstico y tratamiento oportuno. **Objetivo:** Evaluar la incidencia y prevalencia de pacientes mayores de 65 años de la UMF No. 13 del turno matutino que presentan depresión subdiagnosticada. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo en pacientes mayores a 65 años en la UMF No 13, se realizó una muestra no probabilística por conveniencia de 369 pacientes. Aplicando la escala de Yesavage, específica para depresión en el adulto mayor. Se realizó el análisis con estadística descriptiva para obtener la prevalencia e incidencia del subdiagnóstico de depresión. **Resultados:** En los 369 pacientes la prevalencia de subdiagnóstico de depresión en la UMF No 13 fue del 69% con una incidencia del 61%, de los pacientes con depresión el 59.8% son mujeres y el 40.2% son hombres. Es importante establecer que solo el 11.02% de los pacientes con depresión están diagnosticados, y de éstos, 24 pacientes correspondientes al 75% reciben tratamiento farmacológico y solo 3 (21.4%) reciben atención psicológica. **Conclusiones:** Existe una alta prevalencia e incidencia de depresión no diagnosticada en los adultos mayores, lo cual influye negativamente en su calidad de vida.

Palabras Clave: Depresión, subdiagnóstico, adulto mayor

(1) Médico Residente, (2) Coordinador clínico de educación e investigación en salud

2. ANTECEDENTES

2.1 Generalidades y epidemiología del adulto mayor y la depresión

La depresión es una patología conocida desde épocas antiguas, siendo la cultura griega una de las primeras en describir este trastorno, el cual desde entonces constituye un gran problema de salud pública y probablemente la primera causa de sufrimiento en el adulto mayor por su repercusión en la calidad de vida⁷.

Según la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, la población de adultos mayores en 1950 era del 8%, se estima que para el 2050 será del 21%. Esto es de 6,8 millones en el 2002 a 22,2 millones en el 2030 y 36,2 millones en el 2050. Y se prevé que para el año 2100 la cantidad de personas mayores de 60 años aumente tres veces².

De igual manera, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estimó que en 2025 habrá 18,08 millones de ancianos y en el 2050 serán 35,96 millones, y por lo tanto 1 de cada 4 habitantes será adulto mayor de 60 años⁴.

México se ha visto influenciado por diversos fenómenos como la globalización, industrialización, modernización, urbanización y los grandes avances en materia científica, médica, tecnología e higiénica, los cuales han modificado la estructura y dinámica de la sociedad en la actualidad. Una de las transformaciones más significativas es la transición demográfica que originó entre otros efectos el envejecimiento poblacional⁸.

Debido a este cambio demográfico y epidemiológico que ha ocurrido en nuestro país, se ha incrementado el número de adultos mayores, y como ya se mencionó anteriormente es probable que para el año 2050 represente la cuarta parte de la población en el país, impactando negativamente en los servicios de salud debido a que, en los pacientes geriátricos las capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud aumentan, y todo esto se ve deteriorado aún más por los cambios en la situación biopsicosocial en el adulto mayor desde que se jubila.

En México, el Censo de Población del 2010 reveló que las personas de 60 años y más ascendió a 10,055,379, representando el 9.06% de la población mexicana durante ese año, y se mostró que la población de adultos mayores creció a una tasa anual de 3.8% de 2000 al 2010.

Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) reportada en el INEGI en el 2018 en el país residen 15.4 millones de personas mayores de 60 años, cifra que representa el 12.3% de la población total, de las cuales 1.7 millones viven solas, de estas el 60% son mujeres (1 048 426) y el 40% son hombres (697 699). A su vez cuatro de cada diez personas mayores de 60 años que viven solas (41.4%) son económicamente activas, de éstas el 54.1% son hombres y el 45.9% son mujeres. Siete de cada diez (64.4%) personas mayores de 60 años que viven solas presentan algún tipo de discapacidad o limitación. El 47.9% de los adultos mayores viven en hogares nucleares (formado por un solo núcleo familiar el cual puede incluir a una pareja con o sin hijo(a)s solteros o un jefe (a) con hijo(a)s solteros. El 39.8% residen en hogares ampliados (cuenta con uno o más núcleos familiares y otras personas con él o ellos) ¹⁶.

La ENADID indica que el 43.1% tiene entre 60 y 69 años, y más de la tercera parte (36.4%) tiene entre 70 y 79 años, mientras que las personas de 80 a 89 años representan el 17.4% y los mayores a 90 años el 3.1%.

Al igual que en nuestro país la población se está incrementando rápidamente en el mundo, y se calcula que aproximadamente el 20% de los adultos mayores de 60 años sufren de algún trastorno mental, siendo la depresión la primera causa de discapacidad en los trastornos mentales a nivel mundial, la cual no es diagnosticada ni tratada adecuadamente en los servicios médicos³.

Actualmente, la esperanza de vida es de 72,7 años en hombres y 78,1 años en mujeres. El adulto mayor tiene mayor morbilidad y padece de enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, las cuales aumentan progresivamente la dependencia y vulnerabilidad de las personas⁵.

Por lo tanto, es importante aclarar que el hecho de que se alargara la sobrevivencia no implica que se relacione de forma directa con un mayor nivel de bienestar para este grupo etario, sino todo lo contrario: el proceso de envejecimiento tanto en hombres como en mujeres mayores se encuentra condicionado por una serie de aspectos que los coloca como un grupo en situación de vulnerabilidad.

La relación que se presenta entre el incremento en los años de vida y la discapacidad es importante, ya que de los 60 a los 69 años de edad el 18.1% de los adultos mayores que viven solos presentan algún tipo de discapacidad, y de los adultos mayores de 80 años casi el 50% de ellos son personas con discapacidad (48.2%).

En cuanto a las prestaciones de salud en el país el 85.4% de las personas de edad avanzada que viven solas están afiliadas a algún servicio de salud, de las cuales el 44.1% se encuentran afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS), el 40% al Seguro Popular y el 14.8% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

La depresión es un proceso multifactorial y se ha demostrado que se encuentra asociado con una deficiencia de apoyo de la red social. Las personas mayores de 65 años tienen factores propios como las enfermedades crónicas que padecen, el entorno en el que se desarrollan, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre muchos otros. Entre ellos uno de los factores determinantes es la soledad, la cual está demostrado que predispone a depresión en mujeres y hombres.

En México según la ENADID el estado civil que predomina en adultos mayores que vive solos es la viudez, siendo menor en hombres (42.6%) que en las mujeres (65.3%). El porcentaje para separados o divorciados en hombres es del 31.5% y en mujeres de 19%, mientras que los que viven en unión libre tienen el menor porcentaje, siendo en hombres del 8.7% y en mujeres del 1.8%.

En nuestro país las personas mayores de 60 años que viven solas presentan una mayor vulnerabilidad ya que carecen de una red familiar que les brinde apoyo durante los momentos en que su salud o sus condiciones económicas pueden ser precarias.

En cuanto las condiciones laborales en México para este grupo etario, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) indica que para el segundo trimestre de 2019 el 21.7% de los adultos mayores que viven solos y están laborando no reciben prestaciones, el 15.7% recibe aguinaldo y el 13.4% tiene vacaciones con goce de sueldo. Mientras que la ENADID ubica como principal fuente de ingreso de los adultos mayores que viven solos la jubilación o pensión (36.7%), en segundo lugar, se encuentran los programas gubernamentales (36.6%) y en tercer lugar se encuentra su trabajo (34.4%).

Según la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM) en el artículo 5 fracción V se establece que los adultos mayores deben recibir “igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan un ingreso propio y desempeñarse de forma productiva tanto tiempo como deseen, así como recibir protección de la Ley Federal del Trabajo y otros ordenamientos de carácter laboral” ¹³.

De igual manera la LDPAM establece que los adultos mayores deben estar protegidos por la familia y la comunidad, sin embargo, el porcentaje de éstas personas que viven solas y reciben ayuda monetaria de familiares o amigos que residen en el país es del 16.4% y de los que residen en otro país es del 6.5%.

La prevalencia de depresión en el adulto mayor varía según la población y el desarrollo económico de los países. En Latinoamérica los datos de prevalencia en el adulto mayor también son variados. En México, va desde un 26% hasta un 66%; un estudio en población marginal reportó una prevalencia de depresión del 60%⁵.

2.2 Factores de riesgo para depresión en el adulto mayor

Como ya se ha mencionado las situaciones psicosocial, física y biológica son los principales determinantes que marcan las características del adulto mayor. La primera está dada por el poco o nulo soporte por parte de la familia, la pérdida del estatus social y económico y el incremento en el aislamiento social; esta problemática se ve aún más afectada por una menor capacidad del adulto mayor para adaptarse a estas nueva situación y estilo de vida. La situación física se ve repercutida por una frecuente aparición de enfermedades y o agudizaciones de las patologías de base, con la consiguiente discapacidad que éstas originan. Por último, la situación biológica presenta como principales condicionantes las enfermedades y fenómenos neurodegenerativos, que pueden conducir a la aparición de cuadros depresivos.

Por otra parte, los trastornos psiquiátricos en las personas mayores son más frecuentes y lo afectan a lo largo de la vejez o en algún momento de la misma; aproximadamente el 90 % de los adultos mayores padecen de alguna alteración de este tipo. De todos los cuadros psiquiátricos dentro de esta etapa de la vida, la depresión es más frecuente en la primera mitad de la vejez (de los 65 a los 75 años) y su prevalencia se distribuye entre depresión y demencia, en la segunda mitad (desde los 75-80 años)⁶.

Este padecimiento representa la cuarta causa de incapacidad en la población activa a escala mundial, seguida por las enfermedades coronarias. Desafortunadamente, es una patología con un bajo índice de diagnóstico en pacientes geriátricos y frecuentemente el diagnóstico, así como el tratamiento se realizan de manera inadecuada. Se ha demostrado que hay una mayor prevalencia de depresión en el medio rural, y especialmente si los pacientes cuentan con alguna otra enfermedad crónica, deterioro cognitivo o alguna otra discapacidad².

Fisiopatológicamente el origen de la sintomatología de la depresión puede derivar de la deficiencia de neurotransmisores, factores biológicos, pérdidas en general que ponga al paciente en un estado de duelo (cónyuge, amistades, trabajo) o simplemente por el tipo de personalidad.

Por su parte el envejecimiento propicia una serie de modificaciones y alteraciones que afectan de distinta forma a todos los aparatos y sistemas; por su parte en el sistema nervioso, se produce una pérdida o disminución de conectividad nerviosa o sinapsis, y aunque hay evidencias de una cierta capacidad regeneradora del tejido nervioso, que se caracteriza por la hipertrofia de las células que se encuentran próximas a las células dañadas y un aumento de su árbol dendrítico, esta capacidad se ve disminuida en la población geriátrica.

Además, la disminución en la cantidad de neuronas en regiones específicas, como en el sistema límbico, el decremento en los neurotransmisores y el incremento de su catabolismo por un aumento de la monoaminooxidasa cerebral, entre otros factores se incrementa el riesgo de padecer depresión y otras enfermedades mentales en este grupo de edad⁴.

El envejecimiento poblacional es un evento demográfico que lleva implícito un aumento en la demanda de servicios de salud por parte de los adultos mayores, este grupo etario presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad. En los adultos mayores podemos observar cuatro discapacidades predominantes: motriz, visual, auditiva y mental⁶.

En la mayoría de los casos este padecimiento no es reconocido provocando importantes repercusiones en las diferentes esferas biológicas, funcionales, psíquico-mentales y sociales en dicha población, impactando directamente en la morbi-mortalidad de los pacientes de forma negativa¹.

En el primer nivel de atención existe frecuentemente tanto el subdiagnóstico como el retraso en la identificación de este padecimiento, lo que lleva al retraso en el tratamiento, causando un impacto negativo en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de servicios sanitarios.

Ya que se considera un problema de salud pública, con grandes y graves implicaciones en la discapacidad, morbilidad, mortalidad y en la calidad de vida de los adultos mayores que la padecen, para el médico familiar el diagnóstico, tratamiento y en especial la prevención de la depresión es de vital importancia.

La complejidad en el diagnóstico, está ocasionado por la presentación clínica la cual la mayoría de las veces es atípica, además de que existen múltiples factores culturales erróneos que consideran la depresión en el adulto mayor como un factor propio de esta etapa de la vida¹.

Sin embargo, la elevada prevalencia de esta enfermedad en los ancianos con tendencias suicidas, en comparación con otras enfermedades, justifica el compromiso de los profesionales de la salud para detectar la posible presencia de conducta autolítica y proceder a un tratamiento vigoroso, oportuno, certero y por otra parte, a la vigilancia estrecha a cargo de los familiares del paciente.

Si bien se considera que el síntoma básico es la tristeza, en el anciano normalmente se expresa como aburrimiento, apatía o indiferencia, sin necesidad de que el estado anímico sea estrictamente evidenciado como la típica tristeza de esta patología¹.

Al evaluar los acontecimientos adversos en estos pacientes capaces de desencadenar un trastorno en el estado de ánimo en el paciente geriátrico, destaca debido a su mayor prevalencia el duelo, seguido por la jubilación con la cual el paciente pierde su estatus social y económico, lo que en su mayoría desencadena el rechazo de la familia, la precariedad económica, por otra parte el impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes que padece y las enfermedades que se presentan en otros miembros de la familia son importantes detonantes para que posteriormente el paciente caiga en un estado depresivo.

Existen otros factores de riesgo asociados que incrementan la probabilidad de aparición de depresión tales como: divorcio, vivir solo, viudez, el sexo femenino, el nivel socio económico bajo, paciente con enfermedades crónicas, aquellos que experimentan algún evento estresante, ancianos que no mantienen un contacto cercano y frecuente con sus familiares o amigos, y aquellos que presentan abuso de sustancias como el alcohol⁷.

En la depresión las actividades cotidianas tales como alimentación, sueño, autocuidado y hasta la sexualidad se encuentran negativamente afectadas. La presencia de estos síntomas frecuentemente se atribuye al propio envejecimiento y los estilos de vida, sin considerar que son datos de una enfermedad que acompaña a los principales problemas de morbilidad y mortalidad como las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares o el cáncer².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la depresión en ancianos no se diagnostica en fases tempranas y, por lo tanto, esto favorece una mayor discapacidad.

Es importante tener el conocimiento de los factores de riesgo de depresión para poder enfrentar el problema de manera más eficaz y hacer una detección temprana de este padecimiento. También es de gran importancia detectar la ideación suicida desde el primer encuentro con el paciente geriátrico, y de ser posible desde el primer nivel de salud. La comunidad, los gobiernos y las instituciones internacionales deben tomar acciones para detectar y contrarrestar los factores de riesgo modificables y poner en práctica políticas sociales y de salud para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores⁵.

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los adultos mayores, así como en la familia y la sociedad en. Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida⁴.

De igual forma, las situaciones propias del ciclo de vida como la viudez, jubilación, divorcio, dificultad en la dinámica familiar y de pareja, el abandono social y familiar, el factor económico y la necesidad de acceder a una casa de reposo o un centro geriátrico, entre otras, requieren un tratamiento multidisciplinario que incluya, además del manejo farmacológico y control médico continuo, de la generación de estrategias de prevención, detección y tratamiento oportuno de la depresión, para así mejorar la calidad de vida en el ámbito personal, familiar y asistencial y tener un impacto positivo en la morbi mortalidad de los pacientes geriátricos⁴.

Varios factores anatómicos se han visto implicados en pacientes que desarrollan depresión, entre ellos el tamaño diferente del hipocampo, parahipocampo, amígdala y la corteza prefrontal. También se ha postulado, que las neuronas en estos pacientes presentan alteraciones de su metabolismo y tamaño, y cambios en la acción de las monoaminas y otros neurotransmisores, otros aspectos considerados para la fisiopatología es la vulnerabilidad genética, estrés, e inflamación. La etiología vascular parece relacionarse con la depresión tardía. Por mucho tiempo, se ha estudiado el papel de la serotonina y se considera que en la depresión la alteración de la serotonina afecta solo a personas vulnerables⁵.

A continuación, se desglosarán los factores de riesgo más importantes que se han visto implicados en la aparición de esta enfermedad.

2.2.1 Factores Demográficos: Gran parte de los estudios reportan que la prevalencia de depresión es más alta en mujeres que en hombres. De igual manera se ha observado que las viudas, ancianos aislados, pobres, institucionalizados y sometidos a estrés presentan depresión más frecuentemente. Otro factor demográfico implicado en el desarrollo de depresión es el lugar de residencia, ya que se ha visto que la prevalencia es mayor en el área rural que en la urbana⁵.

2.2.2 Factores Biológicos: Hay muchas enfermedades que han sido relacionadas con la depresión en el adulto mayor, quienes, por características propias de la edad, tienen mayor comorbilidad que otros grupos etarios. Se presenta una alta prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades cerebrovasculares debido a la limitación y vulnerabilidad que causa esta patología. También se han encontrado patrones de morbilidad más frecuentes en adultos mayores, por ejemplo, con enfermedades cardio-metabólicas, ansiedad, dolor crónico o desórdenes neuropsiquiátricos con la depresión. Siendo la diabetes mellitus y las cardiopatías las más frecuentes⁵.

La depresión del adulto mayor agrava las comorbilidades, por lo que incrementa las necesidades de estos pacientes de atención de salud incluyendo la atención de hospitalización y emergencia, aumentando así la discapacidad, provocando que muchas veces el paciente geriátrico caiga en la polifarmacia, deteriorando la calidad de vida, aumentando el consumo de drogas y alcohol. Los gastos de salud en adultos mayores con depresión se incrementan de manera importante por mal control o complicaciones de enfermedades crónicas como insuficiencia cardíaca y diabetes⁵.

Entre las enfermedades más frecuentemente asociadas a depresión encontramos: Diabetes mellitus, alteraciones hidroelectrolíticas, enfermedad de Addison, déficit vitamínico, neoplasias, infecciones, insuficiencia cardíaca, infarto agudo al miocardio, EPOC, artritis degenerativa, incontinencia urinaria, demencia, enfermedad de Parkinson y EVC⁹.

En el adulto mayor la depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad (la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis y mala autopercepción de la salud) y las capacidades funcionales (discapacidad física y social). Y en consecuencia causa un aumento en la utilización y costos de los servicios médicos y la asistencia sanitaria³.

Deterioro funcional: La limitación funcional en los adultos mayores es una consecuencia del síndrome de fragilidad, el cual se refiere a la pérdida de energía, de masa y fuerza muscular, reserva fisiológica disminuida e intolerancia al ejercicio; depresión y fragilidad coexisten en 10% de adultos mayores⁵.

Deterioro cognitivo: La depresión y su relación con el deterioro cognitivo tiene amplia evidencia científica. La depresión puede ser un signo inicial de demencia. La relación causa-efecto entre depresión y demencia es difícil de establecer en la mayoría de los casos, y se ha observado que la depresión en el adulto mayor, puede preceder a la demencia. En una revisión sobre la relación entre cognición y depresión se encontró que la dificultad de integración social en la depresión mayor puede deberse, en parte, a la dificultad de interpretar los estímulos y la sintomatología pacientes con demencia⁵.

Depresión Vascolar: Es la presencia de depresión mayor, relacionado con factores de riesgo cardiovascular o enfermedad vascular, por lo que se encuentran microinfartos múltiples, en su mayoría silentes, en el tejido cerebral. Se ha visto que aproximadamente 54% de los pacientes con depresión de inicio tardío reúnen criterios para depresión vascular. En estos pacientes podemos encontrar mayor deterioro cognitivo y discapacidad. Los criterios son: No tener antecedentes de depresión en la familia; Diabetes mellitus y/o hipertensión de larga evolución; Enfermedad cardiovascular o cerebrovascular manifiesta; Cuadro clínico compatible con depresión mayor; Déficit cognoscitivo centrado en la memoria, atención y percepción; Lentitud psicomotriz; Apatía; Ausencia de respuesta a tratamiento farmacológico¹⁰.

De igual manera y sobre todo por las patologías crónicas de los pacientes se tiene una relación de la depresión con la polifarmacia, teniendo así un gran listado farmacológico causante de síntomas y signos depresivos como: digoxina, tiazidas, propanolol, amantadina, bromocriptina, levodopa, haloperidol, benzodicepinas, barbitúricos, carbamacepina, fenitoína, Antituberculosos, Sulfamidas, metoclopramida, hormonas anabólicas, ranitidina, antineoplásicos entre otros⁹.

2.2.3 Factores Sociales: El aislamiento como se ha comentado es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla. Y puede además influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida. La depresión es más frecuente en personas con situación de riesgo social y con baja condición socio económica. También se ha demostrado que la relación de depresión mayor con bajos ingresos económicos, enfermedades crónicas y dependencia influyen en la ideación suicida⁵.

En este tema, se indica que el entorno social desarrolla un papel importante para disminuir o exacerbar los estados depresivos. Es decir, los adultos mayores que diversifican sus relaciones entre familiares y amigos mantienen un mejor nivel de bienestar que aquellas personas que solamente cuentan un vínculo afectivo. La depresión se encuentra ligada a variables tales como la viudez, la soltería y en el sexo femenino, misma que se incrementa paralelamente con la edad, siendo ésta de moderada a severa en edades entre los 75 y 85 años².

Investigaciones han demostrado que personas con mayor deterioro cognitivo y una dependencia física significativa (sobre todo mujeres) presentan niveles más altos de depresión².

2.2.4. Factores Económicos: Es evidente que la situación económica influye en el estado de ánimo de las personas, siendo más probable que la gente con bajos ingresos económicos se encuentre con un estado de ánimo bajo, ya que esto repercute en sus actividades, causando aislamiento social, tabaquismo, y afecta la calidad de dieta y disminuye la actividad física. Las circunstancias económicas pueden ser importantes para determinar la satisfacción y el estado de ánimo de la persona, no sólo por la situación objetiva, sino también por su interpretación subjetiva de la vida.

Se ha identificado la relación de la depresión con la pobreza en los adultos mayores obteniendo una prevalencia del 2.5-40%, siendo el resultado de una percepción negativa de la salud, pérdida de trabajo, desempleo, educación básica incompleta o nula, vivir solo, no contar con vivienda propia, alcoholismo, tabaquismo, entre otros factores³.

La mayoría de los adultos mayores no cuentan con ingresos económicos adecuados para vivir de una forma digna, se estima que 1 de cada 10 viven en pobreza extrema haciéndolos vulnerables, por lo que debe ser considerado como un problema de salud pública en México. En población usuaria del IMSS en la Ciudad de México se identificó una prevalencia del 21.7% afectando más a las mujeres y a personas mayores de 75 años, con problemas financieros, estar separado o divorciado³.

La atención de la depresión en adultos mayores que viven en pobreza extrema no ha sido atendida ni contemplada en los programas sociales, por lo que es importante identificarla con sus factores asociados para que sea una estrategia de bienestar y salud en beneficio de esta población.

Es importante advertir que el empleo femenino en la tercera edad representa uno de los grupos con mayor discriminación en el mercado laboral, por lo que las personas mayores se enfrentan a condiciones de trabajo y jornadas laborales inadecuadas, a poca cobertura en seguridad social y a salarios bajos⁸.

2.2.5. Suicidio: El trastorno depresivo mayor recurrente fue un factor de riesgo muy fuerte para el suicidio, al igual que el trastorno por uso de sustancias. Un riesgo elevado también se asoció con trastorno depresivo menor, trastorno distímico, trastorno psicótico, trastorno depresivo mayor de un solo episodio y trastorno de ansiedad. Las tasas de suicidios son más altas entre los ancianos, las estrategias para enfrentar el problema deben mejorar la resiliencia y el envejecimiento positivo, comprometer a familia y comunidad, utilizar medios de comunicación para llegar a los ancianos en riesgo y mejorar la educación de los médicos en el tema del suicidio en ancianos⁵.

Los dolores crónicos, en especial los óseos, producen un profundo abatimiento de las actividades básicas e instrumentales en los pacientes geriátricos por lo que esta población se encuentra susceptible para presentar cuadros de depresión y de ideas suicidas⁷.

El suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en los países desarrollados, incrementándose con la edad, sobre todo a partir de los 65 años, duplicándose la tasa de suicidio en este grupo de edad. Es característico que la tasa de suicidios es mayor en el varón que en la mujer, teniendo esta última mayor tasa de intentos autolíticos, lo que no parece cumplirse con tanta claridad en el varón⁹.

Los métodos violentos de suicidio son los más frecuentes en la senectud. Son factores de riesgo de suicidio identificados en el anciano: síntomas depresivos (altos niveles de desesperanza), déficit visual, peor autopercepción de su estado de salud, mala calidad de sueño, limitación funcional, soledad y carencia de apoyo social, sexo varón, raza blanca, viudez, enfermedades neurológicas incapacitantes, enfermedades oncológicas, intentos de suicidios previos⁹.

Con los resultados encontrados, la depresión mayor en hombres y mujeres presenta diferencias significativas en función de factores sociales, estructurales, económicos, individuales y de salud, los cuales se reflejan en la vulnerabilidad para padecer algún síntoma depresivo en esta etapa de la vida. De tal manera, factores como la escolaridad, el estado civil, el nivel de somatización, la capacidad funcional, el trabajo, la ayuda económica, las actividades sociales, los vínculos y el apoyo social actúan de forma diferenciada para la ocurrencia de la aparición de la depresión en hombres y mujeres mayores⁸.

2.3 Diagnóstico de depresión en el adulto mayor

En adultos mayores no siempre se presentan los criterios del DSM IV-R en su totalidad, algunas alternativas en su presentación clínica son: irritabilidad, agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa y de la capacidad de resolución de problemas, deterioro del auto cuidado, abuso de alcohol y sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones, discordia marital. Debemos tener en cuenta estos datos ya que la presentación atípica es muy común en este grupo etario y de no ser así se corre el riesgo de subdiagnosticarla y por lo tanto de no dar un tratamiento oportuno y efectivo, esto se debe en gran parte a la creencia de que esta sintomatología es parte normal del envejecimiento¹⁰.

Según el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), el diagnóstico de depresión mayor se efectúa con el hallazgo de 5 o más de los siguientes síntomas, siendo obligatorios la presencia de los 2 primeros¹²:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
2. Pérdida de interés de actividades previamente placenteras
3. Aumento o pérdida de peso
4. Agitación o lentitud psicomotriz
5. Fatiga o pérdida de energía
6. Sentimiento de inutilidad o culpa
7. Disminución de la capacidad para concentrarse
8. Pensamientos recurrentes de muerte

Existen evidencias de la utilidad de encuestas en la detección oportuna de la población con riesgo de presentar depresión, así como para evaluar los posibles riesgos asociados⁶. En los adultos mayores la escala más adecuada es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, ya que brinda una sensibilidad de 97 % y una especificidad de 85 %¹⁰. Es la única construida específicamente para adultos mayores; La cual está integrada por 30 o 15 reactivos los cuales son somáticos y evita la confusión con síntomas propios de personas de mayor edad⁶.

Los profesionales de la salud deben efectuar un abordaje estructurado y metódico en el diagnóstico de depresión en el adulto mayor y se deberá referir al paciente al nivel de atención correspondiente cuando el resultado de dicha escala se igual o mayor a 6.

2.4 Tratamiento de la depresión en el adulto mayor

El tratamiento de la depresión en el adulto mayor debe ser multidisciplinario, teniendo en cuenta el contexto psicosocial de cada paciente. El objetivo fundamental debe ser la remisión total de los síntomas depresivos para mejorar la calidad de vida¹⁰.

Uno de los factores que contribuyen al inadecuado tratamiento de la depresión, aparte de que la misma es subdiagnosticada, es el abandono del mismo por parte del paciente debido a la creencia de que las medicaciones generaran adicciones.

La depresión es tratable en el 65-75% de los casos requiriendo farmacoterapia y psicoterapia con lo que se debería haber mejoría en 2-6 semanas de haber iniciado el tratamiento

En la fase inicial se debe inducir la remisión del episodio depresivo y llevar al paciente a la funcionalidad basal. De igual manera se debe proporcionar al paciente y familiares información adecuada, despejar dudas y referirlo a centros de atención social a la salud.

Tratamiento no farmacológico: El tratamiento psicoterapéutico en los adultos mayores tiene una mejor respuesta que en la población joven, con una baja frecuencia de recaídas. Ésta terapéutica asociada a farmacoterapia son el tratamiento inicial. El tratamiento psicoterapéutico debe durar de 16 a 20 sesiones en un periodo de 6-9 meses. Las intervenciones psicológicas que pueden ser utilizadas en adultos mayores son: terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, terapia por resolución de problemas, reminiscencia, musicoterapia, mesoterapia y terapia luminosa¹⁰.

En pacientes con problemas del sueño, los cuales son muy frecuentes es benéfico iniciar medidas de higiene del sueño, así como ejercicio físico, lo cual está demostrado que mejora el estado de ánimo de los pacientes. Las prácticas de medicina complementaria recomendada por su seguridad y eficacia son: acupuntura, yoga, tai-chi¹⁰.

Tratamiento farmacológico: El médico siempre debe enfatizar en los beneficios del tratamiento antidepresivo y el impacto en la funcionalidad del paciente, así como eliminar mitos. La subutilización de los antidepresivos y la prescripción inadecuada de las dosis son errores frecuentes.

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son los fármacos de elección por su seguridad, tienen una tasa de respuesta del 55-70% el inicio de su efecto se presenta a la 10-20 días. Este grupo tiene menos efectos sedantes y colinérgicos que los antidepresivos tricíclicos (ATC) ¹⁰.

Se recomienda iniciar con la mitad de la dosis mínima recomendada por 1-2 semanas y de acuerdo con la respuesta se ajustará la dosis¹⁰: paroxetina 10mg cada 24hrs, sertralina 25mg cada 24hrs, fluoxetina 20mg cada 24hrs, venlafaxina 75mg cada 24hrs, citalopram 10mg cada 24hrs.

En paciente frágil se recomienda disminuir la dosis al 25% de la habitual por el riesgo de efectos adversos y de preferencia por la mañana¹⁰.

Hay que recordar que las benzodiazepinas no son antidepresivos por lo que no hay que utilizarlas indiscriminadamente; los utilizaremos en dosis bajas solo en caso de que el paciente presente ansiedad o alteraciones del sueño. Siempre advertir al paciente y familiares sobre la somnolencia y la afectación para realizar actividades que requieren un nivel de alerta o coordinación. Las benzodiazepinas de vida media- larga deben evitarse (diazepam, flurazepam, clorazepato, clordiazepóxido) ¹⁰.

2.5 Prevención primaria

En las unidades de medicina familiar también es importante fomentar estilos de vida saludable (ejercicio aeróbico, dieta saludable, erradicación de adicciones, etc), así como promover la asistencia a grupos de atención social a la salud y terapia ocupacional. Alentar a pacientes con riesgo de depresión para aumentar y mantener actividad física con amigos y familiares.

El médico familiar debe de buscar intencionadamente y de manera periódica síntomas depresivos en el adulto mayor con la finalidad de realizar un diagnóstico oportuno y dar tratamiento, mejorando con ello la calidad de vida del paciente¹⁰.

3. JUSTIFICACIÓN

En la bibliografía anteriormente citada se evidenció el gran número de pacientes adultos mayores que presentan el diagnóstico de depresión^{3 5 8}, así como los factores de riesgos asociados que se presentan en esta población y la dificultad de hacer el diagnóstico por las variantes en la sintomatología y la falta de interés por parte del personal de salud para indagar durante la consulta la posibilidad de que el paciente pueda presentar esta patología. Con base en la estadística mundial, continental y nacional éste grupo etario seguirá aumentando^{2 4 8}, de aquí la importancia por hacer una búsqueda intencionada de factores de riesgo y sintomatología típica y atípica, ya que como se ha comprobado en diferentes estudios el subdiagnóstico de depresión en esta población es elevado^{1 2}.

En México la Guía de Práctica Clínica¹⁰ hace referencia a la importancia de establecer medidas preventivas y búsquedas intencionadas de pacientes que tengan o puedan desarrollar depresión, así como la importancia de dar un tratamiento oportuno para impactar en la calidad de vida de los pacientes y repercutir positivamente tanto en la morbilidad como en la mortalidad^{2 3}.

El diagnóstico temprano de ésta patología también tendrá un impacto económico en los servicios de salud, está bien descrito en los artículos aquí citados que los adultos mayores con depresión subdiagnosticada o sin un tratamiento tienen mayor riesgo de presentar citas frecuentes tanto a la consulta externa como a la sala de urgencias por un mal control de sus patologías de base, y un gran porcentaje de estos pacientes presentan polifarmacia con las consecuencias propias de éste síndrome geriátrico^{2 3}.

Por lo tanto, en este protocolo se realizó una búsqueda de pacientes adultos mayores que pudieran presentar depresión subdiagnosticada aplicando la Escala de Yesavage la cual está diseñada específicamente para adultos mayores con una alta sensibilidad y especificidad^{6 10} la cual nos ayudó a establecer la prevalencia del subdiagnóstico de esta patología dentro del Hospital de Gineco-obstetricia/ Unidad de Medicina Familiar No. 13 y con base en estos datos podríamos desarrollar y aplicar estrategias preventivas que involucren no solo a los pacientes, sino que se haga una conciencia familiar y social sobre esta enfermedad, ya que en la UMF no. 13 se cuenta en el turno matutino con una población geriátrica de 9482 por lo que tendría un gran impacto dentro de la unidad médica.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México al igual que en el resto del mundo hay un aumento en la esperanza de vida, y de manera proporcional aumenta el riesgo de padecer múltiples patologías en este grupo etario, y de las enfermedades más frecuentes en el adulto mayor destaca la prevalencia de enfermedades mentales, y entre estas se encuentra la depresión⁵.

La alta prevalencia de depresión tiene como base los múltiples factores de riesgo a los que se encuentra expuesto el adulto mayor ya que se ha visto que en este grupo el desempleo es un factor desencadenante principal para otros factores de riesgo como el decremento económico, al aislamiento y abandono, la disminución en la actividad física entre otros, provocando dependencia y vulnerabilidad^{2 5 8}.

El impacto de la depresión en la salud de los pacientes también es importante, ya que la bibliografía establece una relación importante de esta con las enfermedades crónicas de los pacientes, provocando un mal apego al tratamiento y con ello aumentando la incidencia de agudizaciones y/o complicaciones^{3 5 9 10}.

Las variables seleccionadas en esta tesis están relacionadas con los factores de riesgo más frecuentemente asociados a la depresión, evaluando así el origen de la patología y en dado caso que no la presenten se verificará el riesgo que tiene el paciente para desarrollarla. Lo que nos da la oportunidad de plantear estrategias aplicables al primer nivel de atención como servicio de primer contacto para prevenir la depresión en los adultos mayores, lo que impactara directamente en la morbimortalidad e indirectamente en la economía de los servicios de salud^{2 3 5 8 9 10}.

¿Cuál es la prevalencia de depresión subdiagnosticada en pacientes mayores de 65 años en la unidad de medicina familiar no. 13 en el turno matutino?

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Se evaluó la prevalencia de pacientes mayores de 65 años de la UMF No. 13 del turno matutino que presentan depresión subdiagnosticada

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Se determinó la incidencia de la depresión diagnosticada en pacientes geriátricos en el primer nivel de atención de la UMF No. 13 del turno matutino
- Se estableció el porcentaje de pacientes mayores de 65 años de la UMF No. 13 del turno matutino con depresión que reciben tratamiento médico
- Se estimó el porcentaje de pacientes mayores de 65 años de la UMF No. 13 del turno matutino con depresión que reciben tratamiento psicológico
- Se analizaron los factores de riesgo presentes para depresión en los pacientes mayores de 65 años de la UMF No. 13 del turno matutino

6. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del Estudio:

En el Hospital de Gineco-Obstetricia/ Unidad de Medicina Familiar No. 13, unidad de primer nivel de atención perteneciente a la delegación 1 norte del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en la Ciudad de México se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo en el cual se aplicó con previo consentimiento informado la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, instrumento para el tamizaje del estado depresivo en adultos mayores, escala auto aplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población geriátrica, con una elevada sensibilidad (97%) y especificidad (85%).

Se tomó una muestra de 369 pacientes de 65 a 95 años de edad adscritos a la unidad de medicina familiar no. 13 en el turno matutino en el periodo comprendido de marzo de 2020 a marzo de 21, excluyendo a pacientes pertenecientes a otras unidades, menores de 65 años, mayores a 95 años de edad y pacientes con discapacidad mental. A los pacientes se les aplicó el instrumento dentro de la sala de espera de la unidad durante el turno matutino, además se recolectó la ficha de identificación del paciente obteniendo los principales factores de riesgo para depresión en el adulto mayor (genero, edad, número de cuidadores, nivel socioeconómico, estado civil, escolaridad, ocupación, si tiene diagnóstico de depresión y de ser así si cuenta con algún tratamiento y la presencia de polifarmacia).

Los datos obtenidos se recolectaron en una base de datos en Excel para posteriormente realizar su análisis estadístico en el programa estadístico informático IBM SPSS 21, presentando los resultados con tablas y gráficos.

La presente investigación fue categoría 1 de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud, artículo 17, en Materia de Investigación para la Salud y a la declaración de Helsinki, por lo que no presentó ningún riesgo para el paciente, siempre protegiendo su privacidad y contando con su consentimiento informado previa aplicación de la encuesta.

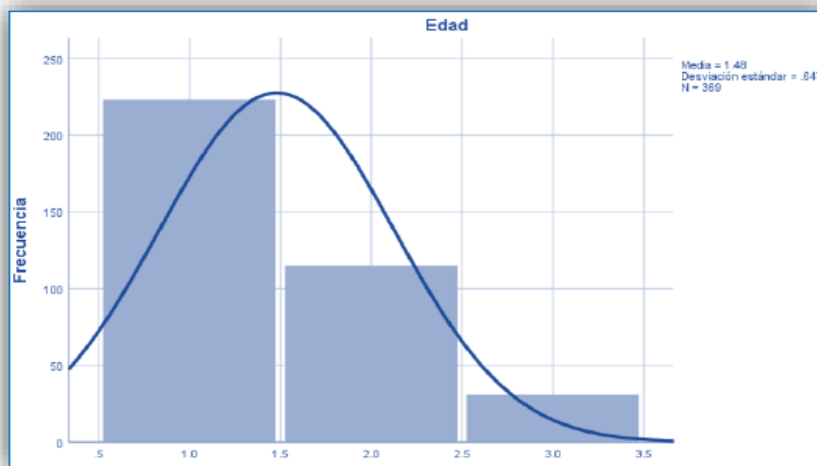
7. RESULTADOS

Se realizó la recolección de datos por medio de la aplicación Google Drive de la Escala de Yesavage, la cual es específica para el adulto mayor, para establecer el diagnóstico de depresión y evaluar el subdiagnóstico en pacientes mayores de 65 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, de igual manera se recolectó la ficha de identificación y los principales factores de riesgo relacionados con depresión en el adulto mayor para su análisis y obtención de resultados.

Tabla 1: Edad en pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No.13.

TABLA 1

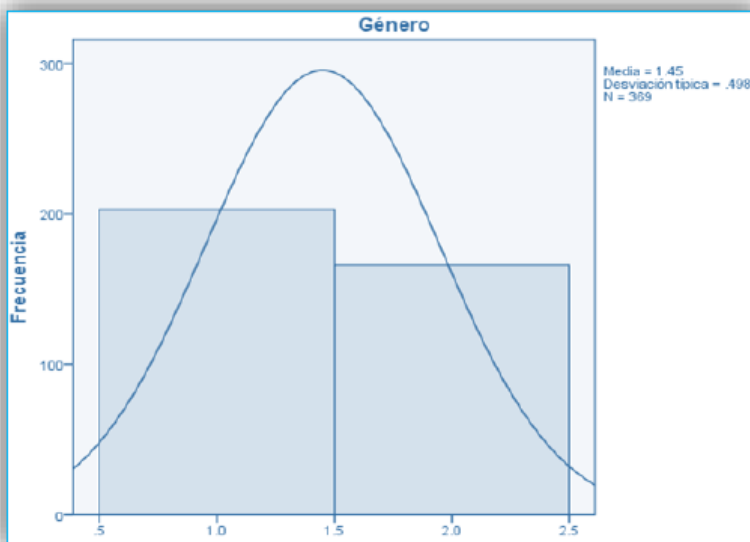
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
65-74 años	223	60.4	60.4	60.4
75-84 años	115	31.2	31.2	91.6
85-95 años	31	8.4	8.4	100.0
Total	369	100.0	100.0	



Se encontró que 223 (60.4%) de los pacientes mayores de 65 años de edad del turno matutino de la UMF 13 encuestados tienen entre 65-74 años de edad, 115 pacientes (31.2%) corresponden al grupo de entre 75-84 años de edad y 31 pacientes (8.4%) son mayores de 85 años de edad

Tabla 2: Género de pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 13.

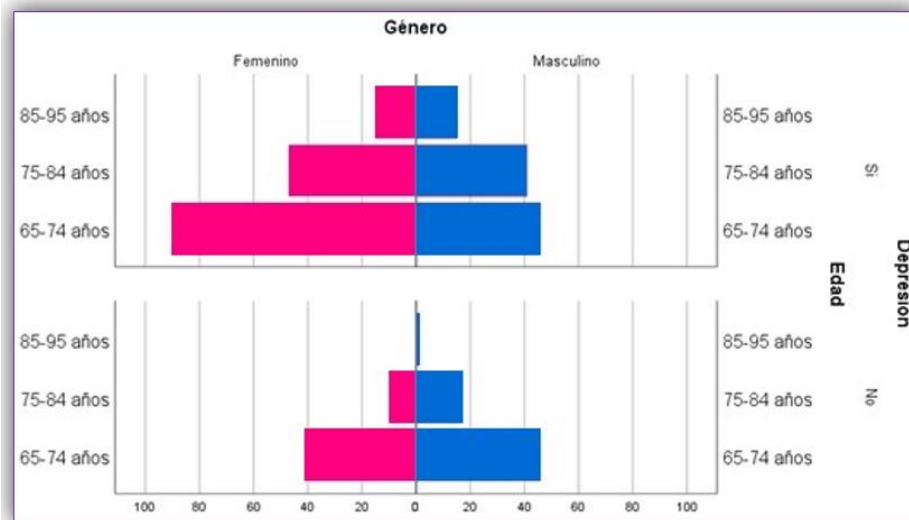
TABLA 2



En el protocolo de investigación de los 369 pacientes encuestados, 203 (55%) corresponden al género femenino y 166 (45%) pertenecen al género masculino

Tabla 3: Pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 con depresión en la escala de Yesavage aplicada.

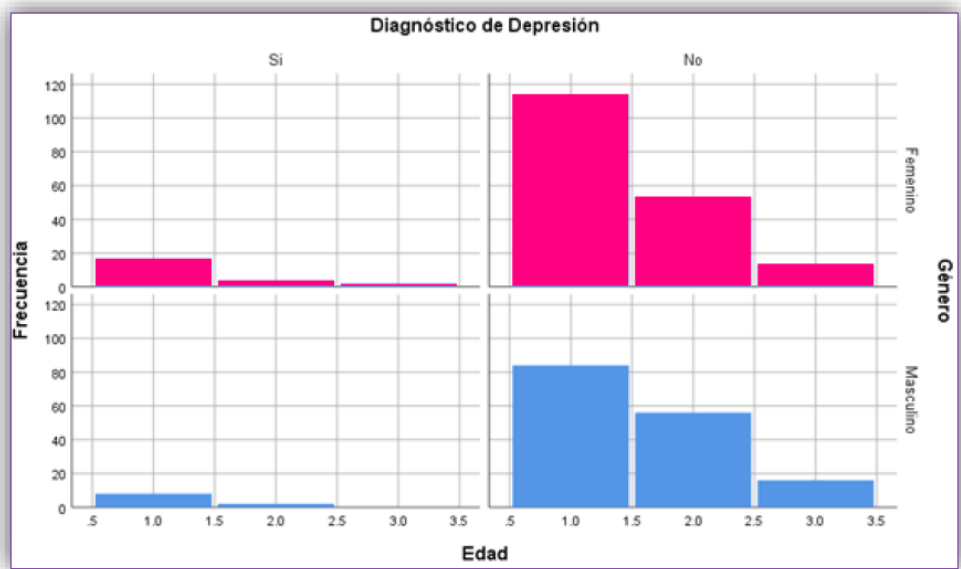
TABLA 3



De los 369 pacientes que realizaron la escala de Yesavage 254 pacientes, correspondientes al 68.8% presentaron depresión, siendo más frecuente en pacientes femeninos de entre 65-74 años de edad.

Tabla 4: Pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 que cuentan con diagnóstico de depresión en el momento del estudio.

TABLA 4



De los pacientes participantes en el estudio, solo 33 pacientes (8.9%) cuentan con el diagnóstico de depresión en el momento del estudio, de los cuales 23 son mujeres (69.69%) y 10 hombres (30.3%).

Tabla 5: Pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 que cuentan con el diagnóstico de depresión al momento del estudio y reciben algún tipo de tratamiento.

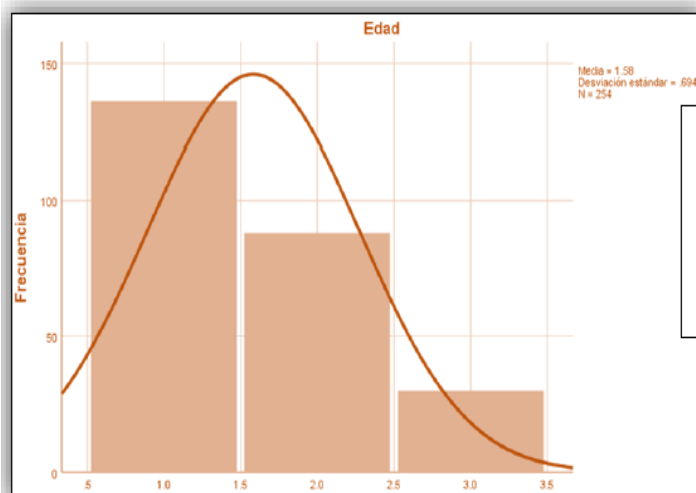
TABLA 5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Ninguno	337	91.3	91.3	91.3
Farmacológico	24	6.5	6.5	97.8
Psicológico	5	1.4	1.4	99.2
Ambos	3	.8	.8	100.0
Total	369	100.0	100.0	

Los resultados de la interpretación de la Escala de Yesavage para depresión en el adulto mayor la cual se aplicó a 369 pacientes mayores de 65 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, arrojó que 254 pacientes (68.8%) de entre 65 y 95 años de edad presentan depresión, de los cuales solo 33 (8.9%) están diagnosticados y de ellos solo 32 pacientes (8.7%) reciben algún tipo de tratamiento.

Tabla 6: Edad en pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 con depresión.

TABLA 6

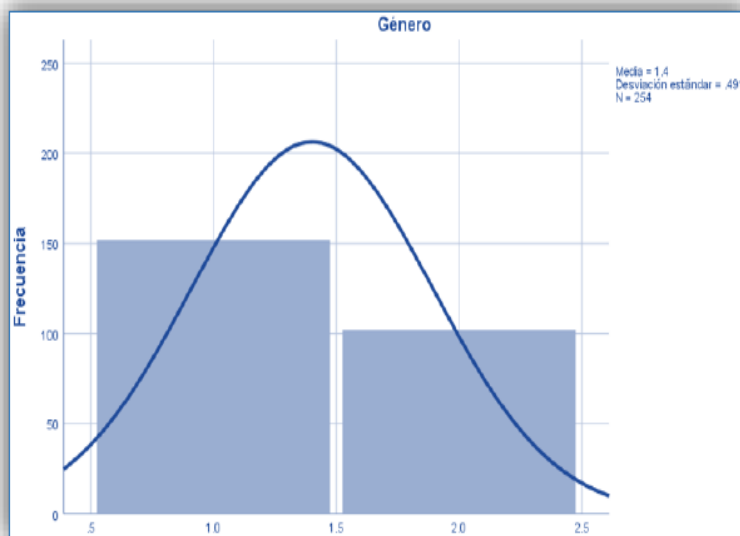


De los 254 pacientes (100%) con depresión 136 (53.5%) tienen una edad de entre 65-74 años de edad; 88 pacientes (34.6%) se encuentran entre los 75 y 84 años de edad y de los pacientes de entre 85-95 años de edad 30 de ellos presentaron depresión (11.8%)

Tabla 7: Género de pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 con depresión.

TABLA 7

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido Femenino	152	59.8	59.8	59.8
Masculino	102	40.2	40.2	100.0
Total	254	100.0	100.0	

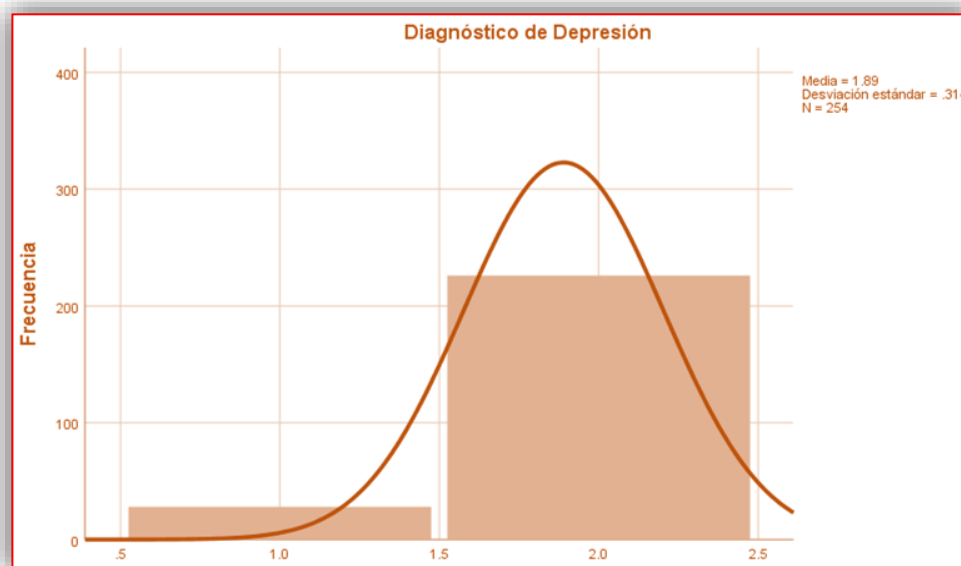


Podemos observar que el 59.8% (152 pacientes) de los pacientes con depresión fueron mujeres y el 40.2% (102 pacientes) fueron hombres; lo cual nos habla de una mayor incidencia y prevalencia en el género femenino.

Tabla 8: Pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 con depresión y que cuentan con diagnóstico de depresión en el momento del estudio.

TABLA 8

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido Si	28	11.0	11.0	11.0
No	226	89.0	89.0	100.0
Total	254	100.0	100.0	

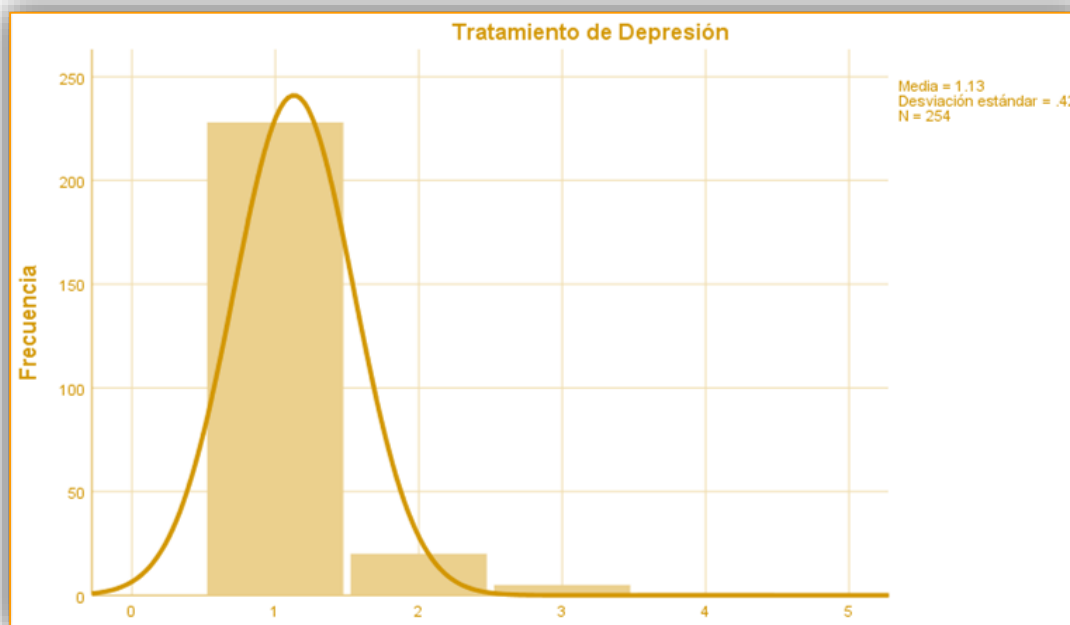


Los datos recolectados indican que de los 254 pacientes (100%) que presentan depresión, solo 28 (11%) tienen el diagnóstico establecido, por lo tanto 226 pacientes (89%) presentan subdiagnóstico de depresión, lo cual confirma nuestra hipótesis establecida, ya que un mayor porcentaje de pacientes mayores de 65 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 que presentan depresión no se encuentran diagnosticados.

Tabla 9: Pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 con depresión que cuentan con el diagnóstico de depresión al momento del estudio y reciben algún tipo de tratamiento.

TABLA 9

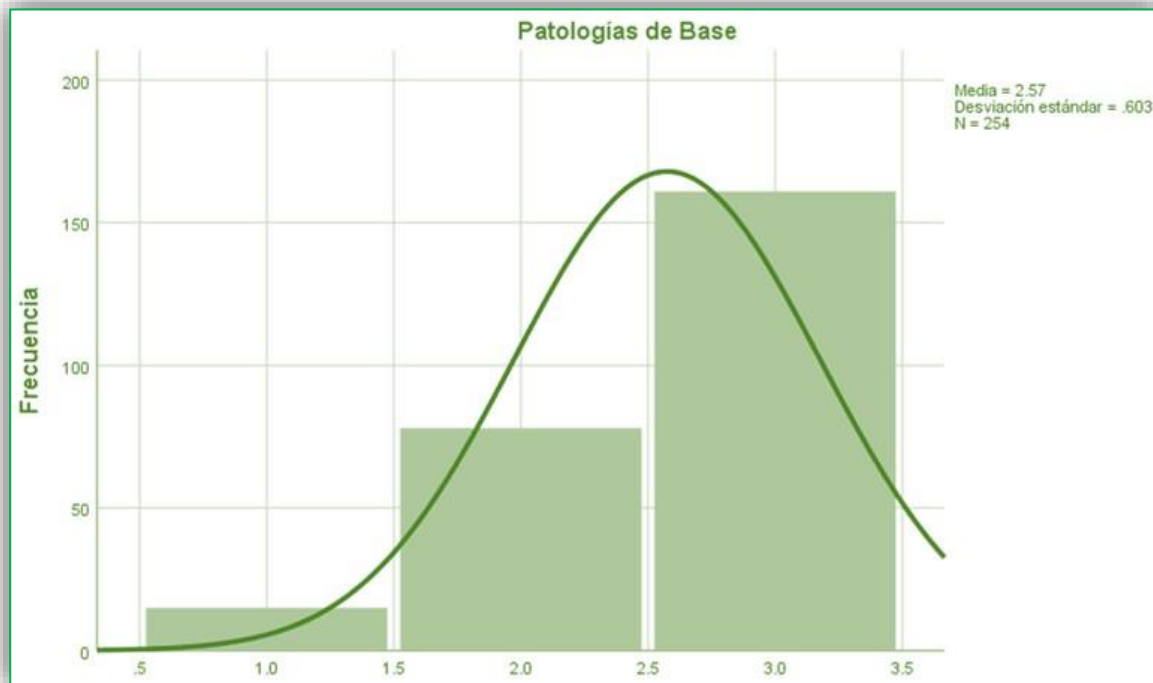
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido Ninguno	228	89.8	89.8	89.8
Farmacológico	20	7.9	7.9	97.6
Psicológico	5	2.0	2.0	99.6
Ambos	1	.4	.4	100.0
Total	254	100.0	100.0	



De los pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 encuestados que se encuentran diagnosticados con depresión solo 26 pacientes (10.3%) reciben algún tipo de tratamiento.

Tabla 10: Pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 con depresión que cuentan con patologías de base.

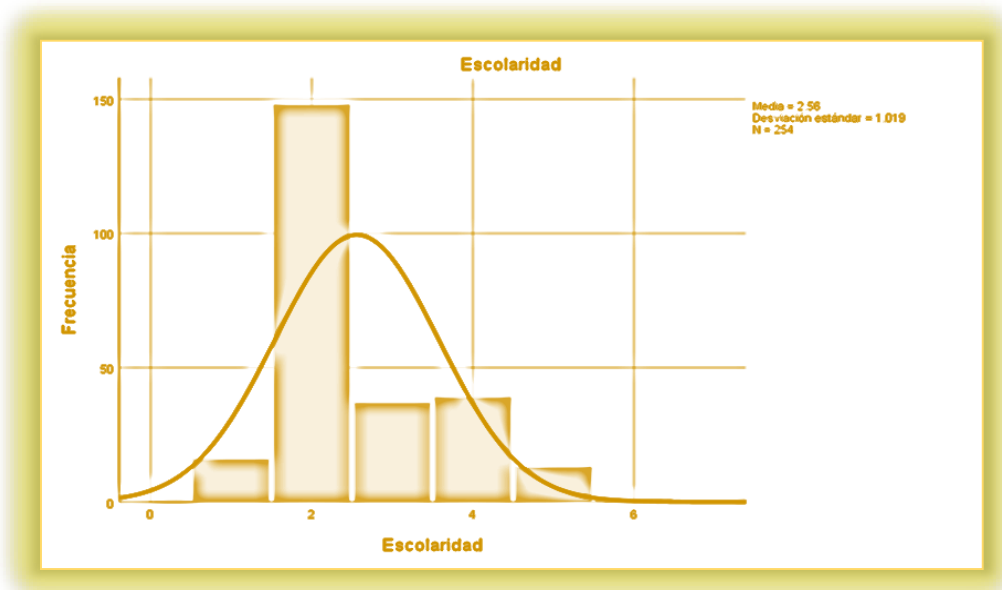
TABLA 10



Uno de los factores de riesgo asociados a depresión en el adulto mayor son las patologías de base que puedan presentar los pacientes, en nuestro estudio encontramos que de los 254 pacientes con depresión (100%) según la Escala de Yesavage, solo 15 pacientes (5.9%) no presentan ninguna patología de base; mientras que 239 pacientes (94.1%) presentan al menos una patología de base, de los cuales, un mayor porcentaje (63.4%) presenta 2 o más patologías de base, por lo que confirmamos que el padecer alguna enfermedad crónica degenerativa es un factor de riesgo con gran impacto para el desarrollo de depresión en el adulto mayor.

Tabla 11: Escolaridad en pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 con depresión.

TABLA 11



Podemos observar que 240 (64.6%) de los pacientes que participaron en el estudio y padecen depresión tienen un nivel escolar bajo y que solo 14 (5.5%) pacientes tienen un alto grado de estudios, confirmando así la relación de un nivel educativo bajo con la depresión.

Tabla 12: Ocupación en pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 con depresión.

TABLA 12

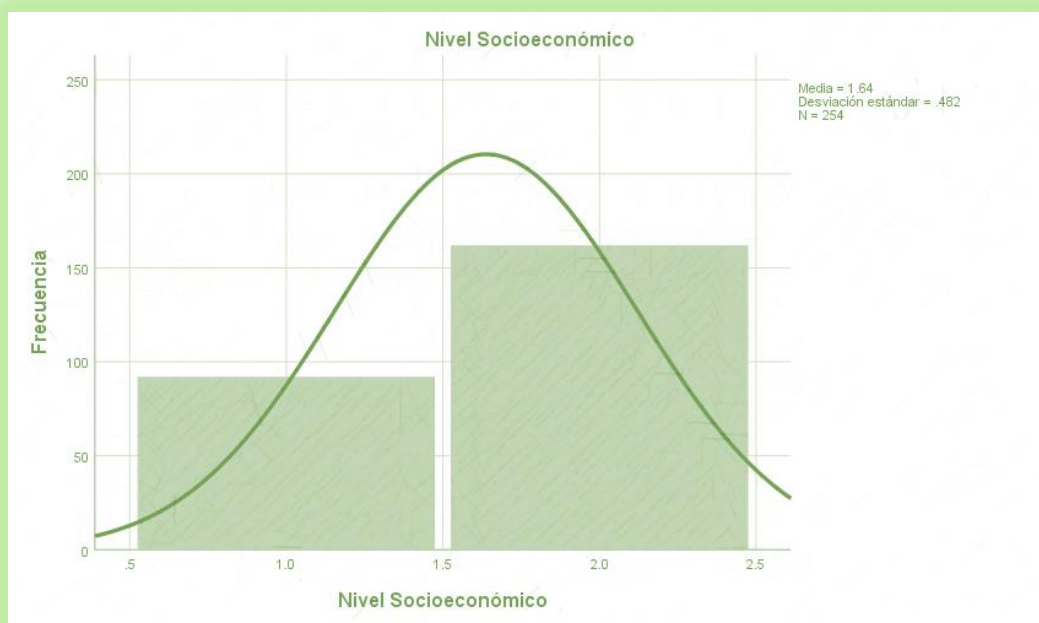
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desempleado	17	6.7	6.7	6.7
	Hogar	79	31.1	31.1	37.8
	Empleado	31	12.2	12.2	50.0
	Pensionado	127	50.0	50.0	100.0
	Total	254	100.0	100.0	

Los resultados arrojaron que 223 (87.8%) de los pacientes con depresión no se encuentran laborando, haciendo de la ocupación un factor de riesgo con gran impacto para la patología.

Tabla 13: Nivel socioeconómico en pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 con depresión.

TABLA 13

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	92	36.2	36.2	36.2
	Medio	162	63.8	63.8	100.0
	Total	254	100.0	100.0	

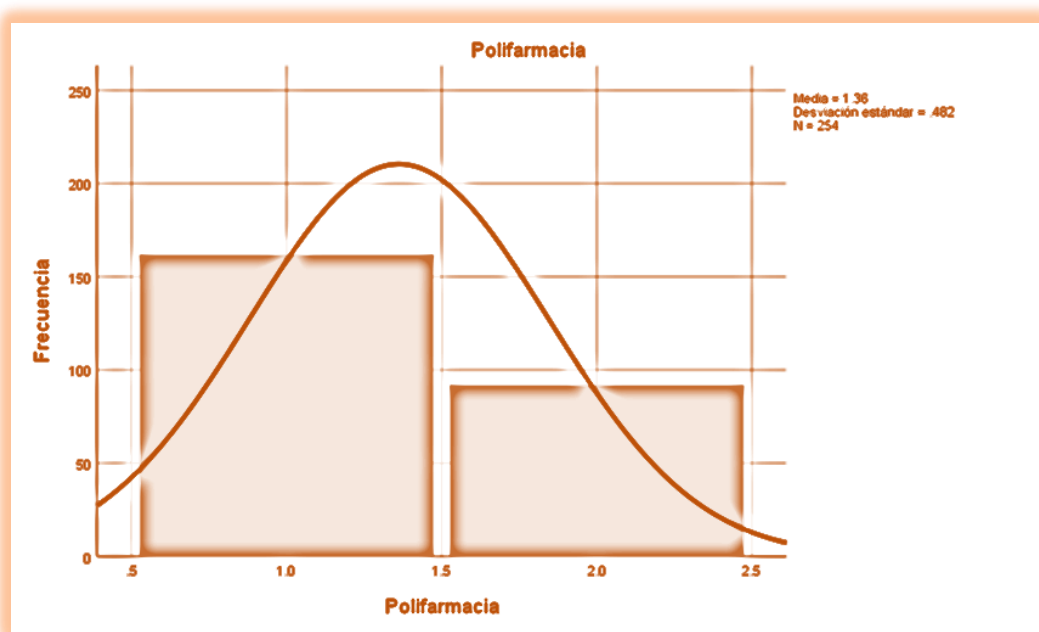


Uno de los factores de riesgo para padecer depresión mencionados en la literatura es el bajo nivel socioeconómico, y lo corroboramos ya que de los pacientes que padecen depresión ninguno tiene un alto nivel socioeconómico, 91 de los pacientes enuestados (36.2%) tienen un nivel socioeconómico bajo y 162 (63.8%) un nivel socioeconómico medio.

Tabla 14: Pacientes mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 con depresión que presentan polifarmacia.

TABLA 14

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	162	63.8	63.8	63.8
	No	92	36.2	36.2	100.0
	Total	254	100.0	100.0	



Como se puede observar 162 (63.8%) de los pacientes con depresión presentan polifarmacia, síndrome geriátrico frecuente en adultos mayores con esta patología y que tiene gran impacto en la salud y la calidad de vida de los pacientes.

8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con los resultados obtenidos durante este estudio mediante el análisis de la escala de Yesavage y las variables establecidas se determinó que la incidencia de depresión en los pacientes mayores de 65 años de edad corresponde a 61 pacientes por cada 100 pacientes mayores a 65 años de edad; así mismo se obtuvo una prevalencia de depresión en este grupo etario de 69 pacientes por cada 100 pacientes mayores a 65 años de edad.

En la unidad de medicina familiar No. 13 del IMSS podemos establecer que se diagnostica al 11.02% de pacientes mayores a 65 años de edad que padecen depresión. Es importante establecer que de los pacientes mayores de 65 años de la unidad de medicina familiar No. 13 diagnosticados con depresión por su médico familiar 24 pacientes correspondientes al 75% reciben tratamiento farmacológico y solo 3 pacientes (21.4%) reciben atención psicológica.

9. CONCLUSIONES

Como se puede observar en los resultados establecidos, en esta tesis se logró estimar la incidencia y prevalencia de depresión subdiagnosticada en el adulto mayor, encontrando un gran porcentaje de pacientes adultos mayores que no cuentan con el diagnóstico establecido, estos datos coinciden con la estadística nacional e internacional mencionada previamente y por lo tanto podemos aceptar nuestra hipótesis establecida inicialmente.

Por otra parte, corroboramos que como menciona Cardozo Fernández en su artículo Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados⁷, los factores de riesgo observados en pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de depresión en el momento de la aplicación de la escala de Yesavage son el bajo nivel socioeconómico, el cese de la actividad laboral, el aislamiento social, padecer enfermedades de crónico degenerativas y un bajo nivel de estudios, ocasionando un gran impacto en la calidad de vida ya que como lo vimos en el desarrollo de esta tesis la depresión es un desencadenante importante para la polifarmacia, síndrome geriátrico frecuente en pacientes con ésta patología.

Por lo anterior todos los pacientes de este grupo etario se verían beneficiados si los médicos del primer nivel de atención aplicaran continuamente escalas de depresión en el adulto

mayor para establecer o descartar el diagnóstico de manera oportuna y así indicar el tratamiento farmacológico pertinente y el envío oportuno al servicio de psicología para un manejo integral, disminuyendo el riesgo de complicaciones de enfermedades crónicas, hospitalizaciones y los costos de los servicios de salud.

10 BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Chavarría Araya J.. Depresión: Una enfermedad común en el Adulto Mayor. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII (615) 427-429. 2015. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152zk.pdf>.
- 2.- Ruiz de Chávez-Ramírez D. Zegbre J. Sánchez Morales F. Castañeda Íñiguez M. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. Revista de Educación y Desarrollo. 2014. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/8146/6cc6ebaa711a89929b8a957572bd3b0da088.pdf>.
- 3.- Flores Padilla L. Ramírez Martínez F. Trejo Franco J. Depresión en adultos mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un Programa Social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Gaceta Médica de México (152) 439- 443. 2016. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4/GMM_152_2016_4_439-443.pdf.
- 4.- Hernández Chávez L. Muñiz Quintero N. Gutiérrez Leyva M. Hernández Mena J. Chan Zavala M. Cetine Ceh F. Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo. Revista de salud de Quintana Roo Vol. 6 No. 35, p 6-10. 2017. Disponible en: https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/35/PDF/DEPRESION_EN_UN_CENTRO_GERiatrico_QUINTANA_ROO.pdf.
- 5.- Calderón M D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana (29) 182-191. 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>.
- 6.- Segura Cardona A. Cardona Arango D. Segura Cardona A. Garzón Duque M. Riesgo de depresión y factores de riesgo asociados en adultos mayores. Revista de Salud Pública 17 (2): 184-194. 2015. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2015.v17n2/184194>.
- 7.- Cardozo Fernández O. Aguilera Gaona E. Ferreira Gaona M. Díaz Reissner C. Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud 15 (1): 48-56. 2017. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/1166>.
- 8.- De los Santos P. Carmona Valdés S. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Revista de Población y Salud en Mesoamérica, Universidad de Costa Rica 16 (2): 6. 2018. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>.

- 9.- Antón Jiménez M. Gálvez Sánchez N. Sáiz R. Depresión y Ansiedad. Tratado de Geriátría para Residentes: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Capítulo 23: 243-249. 2014.
- 10.- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención.
- 11.- Cheryl A. Krause-Parello, Elise E. Gulick & Basilia Basin Loneliness, Depression, and Physical Activity in Older Adults: The Therapeutic Role of Human–Animal Interactions, *Anthrozoös*, 32:2, 239-254. 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08927936.2019.1569906>
- 12.- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Pp 324-333. 2016. Ed. Masson.
- 13.- Camara de Diputados del H. Congreso de la Unión (CDHCU) 2018. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_120718.pdf.
- 14.- Gobierno de México (GM). 2017. Discapacidad en Adultos Mayores. Disponible en: <https://www.gob.mx/conadis/articulos/discapacidad-en-adultos-mayores?idiom=es>.
- 15.- Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2015. El analfabetismo funcional en América Latina y el Caribe. Panorama y principales desafíos de política. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36781/1/S2014179_es.pdf.
- 16.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística a propósito del día internacional de las personas de edad (1° de Octubre) Datos Nacionales. Comunicado de Prensa No. 475/19 pag 1-9. 2019. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf
- 17.- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
18. Emily A.P. Haigh P.D Olivia E. Depression Among Older Adults: A 20 Year Update on Five Common Myths and Misconception. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* Vol 26, pp 107-122. 2018. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1064748117303573?via%3Dihub>

19. Bonnie S. Wiese. Geriatric depression: The use of antidepressants in the elderly. BC Medical Journal vol 53 No 7 pp 341-347. 2011. Disponible en:

https://www.bcmj.org/sites/default/files/public/BCMJ_53_Vol7_depression.pdf

20. Fotoula B. Eleni K. Venetia N. Depression in the Elderly: A Descriptive Study of Urban and Semi-Urban Greek Population. International Journal of Caring Sciences, vol 10, pp 1286-1295. 2017. Disponible en:

https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/19_babatsikou_original_10_3.pdf

21. Blackburn P. Wilkins M. Wiese B. Depression in older adults: Diagnosis and management. BC Medical Journal vol 59 no 3 pp 171-177. 2017. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/665f/11395272beae2f68b1c2c604bcf70b6a467d.pdf?ga=2.166899902.1611679417.1595437858-16267050.1533353013>

22. Polacsek M. Boardman G. McCann T. Factors influencing self-management of depression in older adults: a qualitative study. 2019. Disponible en:

<http://vuir.vu.edu.au/37945/1/CAMH-2018-0560%20Manuscript%20081218.pdf>

23. Cabello de Alba S.M. Catalina Zamora M.L. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano. Medicina- Programa de formación médica, vol 12, pp. 4947-4952.

2019. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219302021?via%3Dihub>

24. Kok R.M. Reynolds C.F. Management of Depression in Older Adults. JAMA, 317(20), pp 2114-2122. 2017. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/articleabstract/2627976>

25. Schuch F. Davy V. Rosenbaum S. Richards J. Exercise for depression in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials adjusting for publication bias. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol 38 pp 247-254. 2016. Disponible en:

<https://www.scielo.br/pdf/rbp/v38n3/1516-4446-rbp-1516444620161915.pdf>

26. Park M. Reynolds C.F. Depression among older adults with Diabetes Mellitus. Clinics in

Geriatric Medicine. Vol 31 (1), pp 117-137. 2015. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.08.022>

27. Klainin-Yobas p. Oo W.N. Suzanne Yew P.Y. Lau Y. Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 19:12, 1043-1055. 2015. Disponible en:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2014.997191>

28. CONAMED, Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Brasil. 2013. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf.

29. Fajardo D.G. NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. 2013. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0.

30. De la Madrid H.M. Camara de Diputados del H. Congreso de la Unión. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD. 2014. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf.

11. ANEXOS

Instrumento

Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS 30)

Por favor escoja la respuesta de acuerdo a como se ha sentido durante las últimas semana

¿En el fondo está satisfecho con su vida?	SI	NO*
¿Ha abandonado muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI*	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI*	NO
¿Se aburre con frecuencia?	SI*	NO
¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO*
¿Le preocupan ideas que no pueda quitar de su cabeza?	SI*	NO
¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO*
¿Teme que algo malo pueda sucederle?	SI*	NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO*
¿Se siente desamparado con frecuencia?	SI*	NO
¿Con frecuencia se siente desvelado y nervioso?	SI*	NO
¿Prefiere quedarse en casa a salir y realizar cosas nuevas?	SI*	NO
¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	SI*	NO
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	SI*	NO
¿Piensa que es bueno estar vivo hoy?	SI	NO*
¿Se siente triste y desanimado con frecuencia?	SI*	NO
¿Se siente inútil en su estado actual?	SI*	NO
¿Se preocupa mucho por el pasado?	SI*	NO
¿Le parece que la vida es algo apasionante?	SI	NO*
¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?	SI*	NO
¿Se siente con energías?	SI	NO*
¿Piensa que su situación no tiene arreglo?	SI*	NO
¿Piensa que la mayor parte de la gente está mejor que usted?	SI*	NO
¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?	SI*	NO
¿Siente ganas de llorar frecuentemente?	SI*	NO
¿Tiene dificultad para concentrarse?	SI*	NO
¿Disfruta al levantarse de mañana?	SI	NO*
¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	SI*	NO
¿Le resulta fácil tomar decisiones?	SI	NO*
¿Siente su mente tan despejada como antes?	SI*	NO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS
DE SALUD**

**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)**

Nombre del estudio:

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN SUBDIAGNOSTICADA EN
PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN EL HOSPITAL DE
GINECOOBSTETRICIA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13 EN
EL TURNO MATUTINO**

Lugar y fecha:

Hospital de Ginecoobstetricia Y Unidad de Medicina Familiar No. 13,
Azcapotzalco, CDMX.

Número de registro:

Identificar la prevalencia de pacientes mayores de 65 años de la UMF No.
13 del turno matutino que presentan depresión subdiagnosticada.

**Justificación y objetivo del
estudio:**

Si usted acepta participar, se realizará la escala de Yesavage. Y se
registrarán las variables clínicas en una hoja de Excel.

Procedimientos:

Ninguno.

Posibles riesgos y molestias:

Se obtendrán datos estadísticos para establecer medidas preventivas
y diagnósticos tempranos para depresión en pacientes mayores a 65
años mejorando la calidad de vida de los pacientes.

**Posibles beneficios que
recibirá al participar en el
estudio:**

La información obtenida del estudio se manejará de manera privada
y confidencial en todo momento.

Privacidad y

confidencialidad:

Investigador responsable:

Cortés Ballesteros Mariana R1MF

Guerrero Martínez Alma Italia. Correo: Italia.guerrero@imss.gob.mx

Asesor metodológico

Teléfono: 55-61-27-00

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

Nombre y firma del
paciente

Nombre y firma de quien obtiene el
consentimiento



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE
SALUD**

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Formato de Identificación

Fecha: _____ de _____ del 20____

1.- Datos Demográficos:

1.1 Nombre:

1.2 Número de Seguridad Social:

1.3 Número Telefónico:

1.4 Edad: _____ años.

1.5 Genero: _____

1.6 Número de Cuidadores:

Cero	1	2	>2
------	---	---	----

1.7 Cuidador Primario:

Pareja	Hijo(a)	Otro Familiar	No Familiar
--------	---------	---------------	-------------

1.8 Estado Civil:

Soltero	Casado/ Unión Libre	Viudo	Divorciado/ Separado
---------	------------------------	-------	-------------------------

1.9 Escolaridad:

Ninguno	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	Posgrado
---------	----------	------------	--------------	--------------	----------

1.10 Ocupación:

Desempleado	Hogar	Empleado	Técnico	Profesionista	Pensionado
-------------	-------	----------	---------	---------------	------------

1.11 Nivel Socioeconómico:

Bajo	Medio	Alto
------	-------	------

1.12 Diagnóstico de Depresión:

Si	No
----	----

1.13 Tratamiento de Depresión:

Ninguno	Farmacológico	Psicológico	Ambos
---------	---------------	-------------	-------

1.14 Polifarmacia (Consumo de >3 fármacos simultáneos)

=/< 3 fármacos	>3 fármacos
----------------	-------------

1.15 Patología de Base:

Ninguna	1	2	>2
---------	---	---	----