



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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE  
SALUD  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
DELEGACIÓN TAMAULIPAS  
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD  
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

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

**TITULO**

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR  
ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19 DE LA  
CIUDAD DE MIGUEL ALEMÁN, TAMAULIPAS”**

**Presenta:**

**DRA. IZLIA ZITLÁLIC RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ**

**CD. REYNOSA, TAMAULIPAS, MÉXICO 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR  
ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19 DE LA  
CIUDAD DE MIGUEL ALEMÁN, TAMAULIPAS”**

Por: Dra. Izlia Zitlállic Rodríguez Gutiérrez

Asesor de Tesis: Dr. Felipe N. Alvarado Ramos

Asesor metodológico: Jesús III Loera Morales

ESTA TESIS FUE REALIZADA BAJO LA DIRECCIÓN DEL CONSEJO PARTICULAR  
QUE HA CONTINUACIÓN SEÑALA. HA SIDO APROBADA POR EL MISMO Y  
ACEPTADA COMO REQUISITO Y OBTENCIÓN DEL GRADO DE:

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR



**“UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO”**  
**“FACULTAD DE MEDICINA”**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DELEGACIÓN TAMAULIPAS**  
**“UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19 CD. MIGUEL ALEMAN, TAMAULIPAS”**

## **TESIS**

**“PREVALENCIA DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR  
ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19 DE LA  
CIUDAD DE MIGUEL ALEMAN, TAMAULIPAS”**

Que para obtener el grado de la especialidad en:

**“Medicina Familiar”**

**Nombre del Becado y responsable del proyecto**  
Izlia Zitalic Rodríguez Gutiérrez, R1, narizdeborrador@hotmail.com, (899) 2 68 17 02

**Asesor 1:**  
Nethanael Felipe Alvarado Ramos, MF.  
Adscrito HGZMF1, galenos\_uvm@hotmail.com, (834) 3 11 04 36

**Asesor 2**  
Jesús III Loera Morales, MF.  
Adscripción: UMF33, dr.loera@hotmail.com, (899) 924 12 88



**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ADSCRITOS A LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19 DE LA CIUDAD DE MIGUEL  
ALEMÁN, TAMAULIPAS”**

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

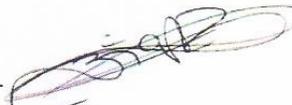
**PRESENTA:**

**DRA. IZLIA ZITLÁLIC RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ**

**AUTORIZACIONES**



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA  
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 POSGRADOS  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19 DE LA CIUDAD DE MIGUEL ALEMÁN, TAMAULIPAS"**

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN R-2020-2804-065

  
\_\_\_\_\_  
**DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ**  
Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud  
Delegación IMSS Tamaulipas

  
\_\_\_\_\_  
**DR. VÍCTOR HUGO VÁZQUEZ MARTÍNEZ**  
Coordinador Clínico en Educación e Investigación en Salud  
UMF # 33 Reynosa, Tamaulipas

  
\_\_\_\_\_  
**DR. JESÚS III LOERA MORALES**  
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar  
Para Médicos Generales del IMSS

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. IZLIA ZITLÁLUC RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ**  
Tesisista

  
\_\_\_\_\_  
**DR. NETHANAEL FELIPE ALVARADO RAMOS**  
Asesor de Tesis



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUPERVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 2804.  
H GRAL ZONA MF NUM 1

Registro COFEPRIS 16 CI 26 041 036

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 28 CEI 802 2018073

FECHA Jueves, 10 de diciembre de 2020

**Dra. IZLIA ZITLALIC RODRIGUEZ GUTIERREZ**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de Investigación con título "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19 DE LA CIUDAD DE MIGUEL ALEMÁN, TAMAULIPAS" 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-2020-2804-065

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. Antonio Torres Morales**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2804

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios..... Eclesiastés 3

## **DEDICATORIA**

A mis padres, porque el orgullo de los padres son los hijos y la alegría de los abuelos son los nietos. A mi esposo por tener en alta estima el matrimonio y la fidelidad, ya que ambos somos herederos del grato don de la vida. A mis hijos que gravados los llevo en la palma de mis manos. A mis suegros, corona de los ancianos son los hijos de los hijos, y la gloria de los hijos son sus padres. Amén.

# **“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 19 DE LA CIUDAD DE MIGUEL ALEMÁN, TAMAULIPAS”**

## **Resumen**

Objetivo: Determinar la prevalencia de Depresión en el adulto mayor adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 19 de la Ciudad de Miguel Alemán Tamaulipas.

Material y Métodos: es un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Se estudiaron 295 adultos mayores de 60 años, adscritos a la UMF No. 19 de la Cd. Miguel Alemán Tamaulipas. Ambos sexos, Cualquier escolaridad; cualquier estado civil; cualquier ocupación; que acepten participar en el estudio. Se utilizó la escala de depresión de Yesavage de 15 reactivos de la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. IMSS 194-08.

Resultados: se estudió un total de 295 pacientes; de los cuales 43% fueron hombres y el 57% mujeres. Del 43% de los hombres encuestados 20% presento depresion y el 80% restante se reporto con resulatado normal; del 20% registrado con depresion el 17% presento depresión leve y el 3% presento depresión establecida. La edad predominante para la depresión leve fue de entre 75 a 79 años; y con depresión establecida entre los 65 a 69 años. La depresion predomino en los pensionados, casados, pacientes con Hipertensión Arterial y con discapacidad visual. Del 53% de las mujeres encuestadas,el 23% de la población femenina presento diagnostico de depresión; 18% se registro como depresión leve un 5% como depresión establecida, predomo entre 70-74 años de edad, en amas de casa, en las casadas y en un menor porcentaje en las viudas, que presentan padecimientos crónicos como Hipertensión Arterial, y problemas visuales.

## ÍNDICE

Capítulo 1: Definición de problema .....	11
1.1 Propósito de la presentación .....	11
1.2 Antecedentes.....	12
1.3 Planteamiento del problema .....	17
1.4 Justificación .....	17
1.5 Objetivos.....	19
Objetivo General: .....	19
Objetivo Específicos: .....	19
Capítulo 2: Método.....	20
2.1 Material y Métodos.....	20
2.2 Criterios de selección.....	21
2.3 Cálculo del tamaño de la muestra.....	22
2.4 Variables.....	23
2.5 Aspectos éticos .....	25
Capítulo 3: Resultados.....	28
Capítulo 4: Discusión .....	32
Capítulo 5: Conclusiones.....	36
Capítulo 6: Recomendaciones .....	37
Bibliografía.....	38
Anexos .....	44
FICHA DE IDENTIFICACIÓN.....	44
ESCALA GERIÁTRICA DE YESAVAGE .....	45

## **Capítulo 1: Definición de problema**

### **1.1 Propósito de la presentación**

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la capacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluyendo desmotivación alteraciones emocionales, cognitivas, funcionales y conductuales.

En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y disminución de la funcionalidad, con diferentes grados de severidad.

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. Es frecuente que los síntomas de este trastorno se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores.

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que solo padecen enfermedades crónicas. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria.

## 1.2 Antecedentes

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. Se presenta con un estado de ánimo deprimido, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas.

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer.<sup>2</sup>

Los problemas de salud mental son frecuentes en la población adulta mayor: más de un 20% de este grupo etario puede padecerlos con varios grados de severidad, de acuerdo con numerosos estudios epidemiológicos a nivel mundial.<sup>3</sup>

La prevalencia varía según el desarrollo socio económico de los países; como es lógico suponer, es más frecuente en países en vías de desarrollo. La depresión en el adulto mayor tiene características propias y el impacto sobre la calidad de vida, las comorbilidades y la ideación suicida es evidente.<sup>4</sup>

Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América latina y el Caribe (OPS), y representa una elevada carga de la enfermedad en termino de morbilidad, mortalidad y discapacidad; dentro de este grupo de enfermedades, la depresión se ha convertido en un diagnostico frecuente en los servicios de atención primaria de salud y según datos de la OMS, se encuentra entre los primeros cinco trastornos que generan mayor discapacidad de largo plazo y dependencia.<sup>5</sup>

Según el estudio realizado sobre Depresión en adultos mayores que viven en pobreza extrema; la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes del adulto mayor, diversos estudios epidemiológicos en el mundo y en México que han sido realizados en la comunidad describen prevalencias de depresión entre 2 y 27%, se presentan los síntomas más significativos de la depresión en los adultos mayores que viven en la comunidad, aunque se han reportado mayores prevalencias en los adultos mayores hospitalizados y en los asilos.<sup>6</sup>

La mitad de los adultos mayores institucionalizados presentan síntomas depresivos, siendo el principal factor asociado a depresión las visitas esporádicas (mayor a 1 vez a la semana) y una tendencia de bajo peso en los adultos mayores. <sup>7</sup>

Una investigación realizada en adultos mayores de la ciudad de Guadalajara, México, cuya población de estudio habitaba en su domicilio, reporto una menor prevalencia de depresión (36,0%); de igual manera es importante señalar que, en dicha investigación, la población estudiada cohabitaba con su familia. <sup>8</sup>

Existen algunos factores de riesgo para que los adultos mayores presentes sintomatología depresiva: ser mujer, presentar algún padecimiento crónico degenerativo, viudez, inadaptación a la jubilación, miedo a la muerte, sentimientos de soledad, pérdida de roles sociales, problemas económicos, falta de apoyo social, así como dependencia para realizar actividades de la vida diaria, y bajo nivel escolar. <sup>9</sup>

El sedentarismo y la disminución de la actividad física en los adultos mayores se relacionan con altos niveles de depresión, con afectación mayor al sexo femenino en los primeros años de la vejez, igualándose después de los 80 años entre hombres y mujeres. <sup>10</sup>

Asimismo, es frecuente la presencia de varios padecimientos (polimorbilidad) que incrementan las consecuencias de deterioro de la salud, convirtiendo el envejecimiento óptimo en un envejecimiento patológico. Este conjunto de condiciones actúa de manera conjunta para debilitar los mecanismos de respuesta y la capacidad para conservar la armonía física, social y mental, de tal modo que incrementa la probabilidad de desarrollar algún trastorno emocional como la depresión. <sup>11</sup>

Al revisar otros aspectos relevantes, se puede apreciar que el grupo etario más afectado se encuentra entre las edades de 60-69 años con 16.2% de la población que presento depresión. Esta afectación puede deberse a los cambios físicos, cognitivos o psicológicos que atraviesa la persona en este curso de vida, también los factores familiares, económicos, emocionales y sociales, juegan un papel importante en la aparición de esta enfermedad. <sup>12</sup>

Los síntomas somáticos tales como fatiga, cambios del apetito, insomnio y constipación, son las que predominan en los adultos mayores deprimidos, sin embargo, son de poca especificidad debido a que muchos de ellos los pueden presentar como consecuencia de padecimientos crónicos. <sup>13</sup>

Algunos estudios ponen en evidencia que pacientes con diversas enfermedades digestivas con frecuencia presentan depresión. La prevalencia de esta en pacientes ingresados o ambulatorios de departamentos de gastroenterología de hospitales generales es elevada, del 34% entre 60 y 70 años, y del 44% para mayores de 70 años. Las enfermedades con mayor prevalencia fueron los tumores digestivos, la cirrosis hepática, la dispepsia funcional y la hepatitis crónica.<sup>14</sup>

En un estudio compuesto por más de 10 000 participantes, Barnes y sus colaboradores indicaron que la presencia de sintomatología depresiva, ya sea en la madurez o en la edad avanzada, incrementaba considerablemente el riesgo de demencia.<sup>15</sup>

Hasta un 40% de los pacientes deprimidos reportan problemas de memoria, frente al 10-20% de población mayor no deprimida. En los casos más severos, estos déficits se pueden llegar a considerar como pseudo demencias depresivas. En este caso sería la depresión la que conduciría a un proceso demencial.<sup>16</sup>

En la práctica clínica cuando nos remiten a un paciente anciano por deterioro cognitivo y síntomas depresivos, nos vemos con el gran desafío de realizar un diagnóstico diferencial entre demencia con síntomas depresivos y pseudo demencia depresiva. Según Yesavage, un 25% de pacientes con demencia son inicialmente diagnosticados erróneamente como trastorno afectivo y un 30% de los casos de depresión son diagnosticados como demencia.<sup>17</sup>

En este sentido parece fundamental conocer la etiología del estado depresivo para que la evaluación pueda ser precisa y así, proporcionar al adulto mayor o a su cuidador un diagnóstico diferencial.<sup>18</sup>

Aunque la depresión es una de las condiciones médicas crónicas más comunes encontradas en la atención primaria, un porcentaje notable de casos queda sin diagnosticar o es diagnosticado tarde. A partir de los 65 años la incidencia es notablemente mayor.<sup>19</sup>

En la actualidad existen instrumentos que evalúan síntomas depresivos, pero algunos no son muy ambiguos y no dan una visión cercana a la realidad, así que es incierto cuál de todos los instrumentos que se manejan hoy día, es el mejor e idóneo para evaluar la depresión en los adultos mayores.<sup>20</sup>

A otros se les atribuye, una excesiva complejidad y larga duración que agota e impacienta al adulto mayor. A pesar de que solo 28,7% de los psiquiatras no encuentran ninguna dificultad para diagnosticarla sin problema; número que desciende a 9,5% en médicos generales.

Ambos, curiosamente, utilizan muy poco las escalas psicométricas y los cuestionarios de diagnóstico, basando, mayoritariamente, sus detecciones en la entrevista y el estudio de la sintomatología.<sup>21</sup>

Una vez que se diagnostica la depresión en la vejez, se pueden considerar las opciones de manejo. Hay buena evidencia para apoyar el uso de psicoterapia o farmacoterapia sola, y las dos en combinación.<sup>22</sup>

Los inhibidores selectivos de la recapturación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la recapturación de noradrenalina y serotonina (o dual) son tratamientos de primera línea en el anciano.<sup>23</sup>

En adultos mayores se sugiere iniciar con dosis bajas, evaluar la tolerancia y respuesta, e ir aumentando en forma lentamente progresiva hasta lograr la dosis máxima recomendada, la remisión de síntomas o presentar efectos adversos, siempre verificando la tolerancia y adherencia al tratamiento.<sup>24</sup>

El tratamiento antidepresivo se relaciona con una disminución del riesgo de ingreso hospitalario urgente por enfermedad médica en personas de 75 años o mayores. Por lo tanto, el tratamiento correcto de la depresión en personas mayores podría tener un efecto protector general frecuente a la severidad de las enfermedades atendidas en Urgencias en nuestra población y puede suponer un criterio de calidad en orden a prevenir complicaciones futuras.<sup>25</sup>

La depresión aumenta el riesgo de trastornos demenciales. Si bien los antidepresivos son bastante ineficaces en el tratamiento de la depresión de los pacientes con demencia, el uso temprano a largo plazo de los antidepresivos puede reducir el riesgo de desarrollo futuro de demencia. Sin embargo, se necesitan estudios de confirmación.<sup>26</sup>

Dada la asociación de la depresión en la vejez con la carga médica, la discapacidad funcional, el deterioro cognitivo y el riesgo de suicidio, la evaluación de estas condiciones es crucial para seleccionar el tipo de psicoterapia. Recientemente se han desarrollado y probado varias psicoterapias e intervenciones psicosociales distintas para poblaciones específicas, incluidas aquellas que padecen enfermedades crónicas; condiciones médicas agudas; deterioro cognitivo; y factores de riesgo de suicidio.<sup>27</sup>

De acuerdo al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2014), la principal causa del intento suicida en los adultos mayores es la depresión. Además, la citada institución señala que

la falta de asistencia agrava el problema, pues no existe una atención integral adecuada para los adultos mayores.<sup>28</sup>

Los hombres adultos mayores son la población que reporta menor sintomatología depresiva e ideación suicida a nivel mundial. Sin embargo, constituye la población que presenta la tasa de suicidio más alta por 100 000 habitantes, en especial después de los 70 años de edad.<sup>29</sup>

Por lo tanto, los niveles más altos de actividad social y física confieren beneficios a la salud de los ancianos, reduciendo la discapacidad diaria y los síntomas depresivos que pueden conducir al suicidio.<sup>30</sup>

Además, el ejercicio puede revertir parcialmente los efectos del envejecimiento en las funciones fisiológicas y conservar la reserva funcional entre los adultos mayores.<sup>31</sup>

Respecto a los temas sociales, la depresión se asocia con un mayor aislamiento social en la población geriátrica, mientras que, por el contrario, los ancianos que viven con sus familiares tienen mayores contactos sociales, puntuando significativamente mejor en salud física, mental y emocional. Asimismo, la realización de actividades constituye un efecto protector frente a la posible aparición de síntomas depresivos.<sup>32</sup>

La capacidad que tiene los sujetos de realizar y participar en actividades de la vida diaria (AVD), concepto conocido como funcionalidad, ha sido considerada como uno de los principales indicadores de salud en la población de adultos mayores, asociándose con una mayor calidad de vida.<sup>33</sup>

Es necesario evaluar las capacidades funcionales en cada etapa de la vida e incrementar los programas de envejecimiento activo, con el fin de mejorar la calidad de vida de esta población. En México se ha establecido un sistema de apoyo en este sentido a través del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).<sup>34</sup>

Finalmente, la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, esta depende del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible, que pueden propiciar un impacto menor de enfermedad. La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del sistema.<sup>35</sup>

### **1.3 Planteamiento del problema**

¿Cuál es la prevalencia de la depresión en el adulto mayor adscritos a la unidad de Medicina Familiar No. 19 de la ciudad de Miguel Alemán, Tamaulipas?

### **1.4 Justificación**

La población está aumentando rápidamente en el mundo y se prevé para el año 2100 que la cantidad de personas mayores de 60 años y más aumente tres veces.

Hoy en día, se encuentra a la depresión como uno de los síndromes geriátricos más importantes que afectan a la población mayor, debido al aumento significativo en magnitud y prevalencia. De acuerdo con cifras mundiales presentadas por la OMS, los episodios depresivos en personas mayores oscilan entre el 30% y 70%. Además, se reporta que para el 2020 la depresión en pacientes mayores será la segunda causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial.

En la población adulta mayor mexicana se estimó una prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos, que incrementan con la edad, en el 35.4% de los adultos de 60 años o más. Y de acuerdo a algunos estudios realizados en la ciudad de México, se han registrado proporciones de depresión en los adultos mayores del 57.1 al 79.5%.

Es importante mencionar que la depresión del anciano difiere en varios aspectos de la que ocurre en sujetos más jóvenes. Según varios autores, la tristeza es uno de los síntomas menos comunes, en cambio la somatización, irritabilidad, insomnio, abatimiento funcional y alteraciones cognoscitivas son más frecuentes. La presentación atípica del trastorno depresivo es común en el adulto mayor siendo frecuentemente subdiagnosticada y/o subtratada, esto se debe al estigma asociado a la depresión y la creencia de que esta es parte normal del envejecimiento.

En la mayoría de los casos de depresión en el adulto mayor, el personal sanitario y los propios ancianos no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades mentales propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda.

Por lo anterior y debido a la alta prevalencia del subdiagnostico de la depresión, es importante que en el primer nivel de atención se diagnostique de una manera temprana este trastorno y poder otorgar un tratamiento oportuno, evitar las discapacidad y complicaciones asociados a esta enfermedad catalogada como síndrome geriátrico, debido a la correlación

bidireccional que tiene con otros síndromes geriátricos. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es diagnosticar tempranamente la depresión en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar y así disminuir las discapacidades y complicaciones secundarias de esta enfermedad en el adulto mayor; ya que la depresión geriátrica representa una importante carga para cada paciente, la familia y las instituciones encargadas de atenderlas.

## **1.5 Objetivos**

### **Objetivo General:**

Identificar la prevalencia de la Depresión en el adulto mayor que acude a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N. 19.

### **Objetivo Específicos:**

1. Identificar cual es la principal causa de depresión en el adulto mayor.
2. Reconocer la edad donde predomina la depresión en el adulto mayor
3. Reconocer el sexo predominante en la depresión del adulto mayor.
4. Determinar estado civil y ocupación de los adultos mayores que presenten síntomas relacionados con la depresión.
5. Identificar las enfermedades crónicas predominantes en los pacientes que presentan depresión.

## **Capítulo 2: Método**

### **2.1 Material y Métodos**

#### **Tipo de estudio**

Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo.

#### **Diseño del estudio**

Encuesta

#### **Lugar**

UMF No. 19 de la Cd. Miguel Alemán Tamaulipas

#### **Universo de trabajo**

Adultos mayores de 60 años

#### **Muestra**

295 pacientes

Se utilizará la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión reducida) obtenida de la Guía de Práctica Clínica Valoración Geriátrica en Unidades de Atención Médica GPC-IMSS-190-18; con interpretación de:

0-5 puntos=normal

6-9 puntos= depresión leve

>10 puntos=depresión establecida

## **2.2 Criterios de selección**

### **Criterios de Inclusión**

1. Derechohabientes IMSS
2. Adscritos UMF No. 19
3. Ambos sexos
4. Mayores de 60 años
5. Que acepten participar en el estudio
6. Que firmen carta de consentimiento informado

### **Criterios de exclusión**

1. Derechohabientes adscritos a otra Unidad de Medicina Familiar.
2. Pacientes que no acepten participar en el estudio.
3. Pacientes menores de 60 años

### **Criterios de eliminación**

1. Encuestas con llenado incompleto o ilegible

### 2.3 Cálculo del tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se basará en la fórmula específica para la determinación de la muestra en población finitas.

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

n: Total de población (13,900 población adultos mayores de 60 años en México, CENEVAL 2019)

Z: Nivel de confianza y seguridad 95% (1.96 al cuadrado)

p: proporción esperada (prevalencia de depresión en México en adultos mayores de 60 años 74% = 0.74)

q: 1 – p (1 – 0.74 = 0.26)

d: precisión, error máximo admisible (5% = 0.05)

$$n = \frac{13,900,000 \times (1.96)^2 \times 0.74 \times 0.26}{(0.05)^2 \times (13,900,000 - 1) + (1.96)^2 \times 0.74 \times 0.26}$$

$$n = \frac{13,000,000 \times 3.8416 \times 0.74 \times 0.26}{0.0025 \times 13,899,999 + 3.8416 \times 0.74 \times 0.26}$$

$$n = \frac{10,273,821.37}{34,794.9975 + 0.73912384}$$

$$n = \frac{10,273,821.37}{34,750.73662} = 295.64$$

El tamaño de la muestra será 295 encuestas, las cuales se realizarán del 01 de enero 2021 al 30 de junio del 2021.

## 2.4 Variables

Variable	Definición teórica	Definición operacional	CLASIFICACIÓN DE LA VARIABLE		Escala
			I Según su naturaleza *	III Según el nivel de medición **	
<b>Depresión</b>	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Normal, depresión leve, depresión establecida	Discretas	Cualitativa ordinal	1.- normal 2.- depresión leve 3.- depresión establecida
<b>Edad</b>	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Tiempo de vida expresado en años	Continuas	Cuantitativa continua	1.- 60-64 2.- 65-69 3.- 70-74 4.- 75-79 5.- 80-84 6.- 85 y mas
<b>Sexo</b>	Características primarias y secundarias expresadas en el genotipo y fenotipo que establecen las diferencias entre varón y mujer	F: femenino M: masculino	Discreta	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
<b>Ocupación</b>	Es la actividad laboral a las que se dedican las personas	La que el sujeto indique al momento de encuestarlo	Discreta	Cualitativa nominal	1.- obrero 2.- profesionista 3.- pensionado 4.- ama de casa
<b>Estado civil</b>	Conjunto de condiciones o cualidades jurídicamente relevantes que tiene una persona frente a una familia determinada, comprende una serie de estados relativos al	¿Cuál es su estado civil?	Discreta	Cualitativa nominal	1.- casado 2.- viudo 3.- unión libre 4.- soltero 5.- divorciado 6.- separado

	matrimonio y al parentesco.				
<b>Enfermedad crónica</b>	Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.	Enfermedad ya diagnosticada en el paciente.	Discreta	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Diabetes mellitus</li> <li>2.- Hipertensión Arterial</li> <li>3.- Enfermedades Cardiacas</li> <li>4.- Evento vascular cerebral</li> <li>5.- Cáncer</li> </ol>
<b>Discapacidad</b>	Condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad.	Clasificación general de los discapacitados	Discreta	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- físico-motoras</li> <li>2.- de la visión</li> <li>3. de la comunicación</li> <li>4.- otras discapacidades</li> </ol>

## 2.5 Aspectos éticos

1°. Los aspectos éticos en la declaración de Helsinki, en su última modificación por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Apegándose a lo señalado en: los principios generales; los riesgos, costos y beneficios; los requisitos científicos y protocolos de investigación; los comités de investigación; la privacidad y confidencialidad; así como en el consentimiento informado.

2°. Los principios éticos básicos señalados en el Informe Belmont (1979) que sustentan toda la investigación con sujetos humanos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

3°. Los aspectos señalados en la Ley General de Salud (7 de febrero de 1984, última reforma DOF 12-07-2018) en su Título quinto, Investigación para la salud, Capítulo único: desarrollo de acciones que comprende a la investigación para la salud (artículo 96); bases conforme a las cuales se debe desarrollar la investigación en seres humanos (artículo 100); y sanciones correspondientes que se hará acreedor quien realice investigación en seres humanos contraviniendo lo dispuesto en dicha Ley (artículo 101).

4°. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (6 de enero de 1987, última reforma DOF 02-04-2014):

**Título segundo**, de los aspectos éticos de investigación en seres humanos:

**Capítulo I** (Disposiciones comunes).

a. Del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los seres humanos sujetos de estudio (Artículo 13); de las bases conforme a las cuales deberá desarrollarse la investigación realizada en seres humanos (artículo 14); y de la protección de la privacidad del individuo en las investigaciones en seres humanos (artículo 16).

b. En lo que respecta al **riesgo de la investigación** (artículo 17, de acuerdo al reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación), el presente estudio se clasifica en la siguiente categoría:

**Investigación con riesgo mínimo.** Estudios prospectivos que obtienen datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de

placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes residuales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 MI. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

**Título sexto.** De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud.

#### **Capítulo único**

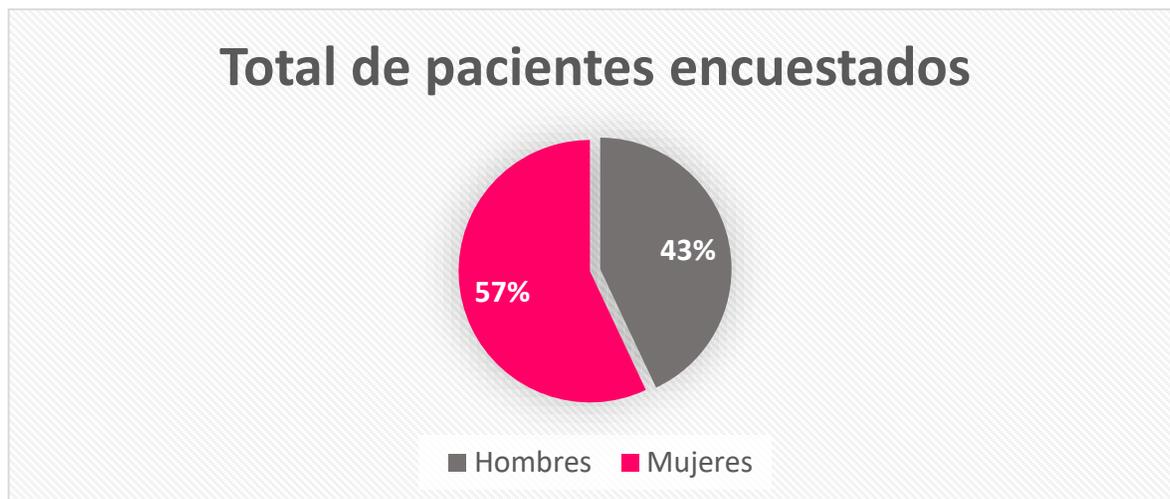
✓ La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal (artículo 113), que desarrollará la investigación de conformidad con un protocolo (artículo 115), estando encargado de la dirección técnica del estudio y con las atribuciones señaladas (artículo 116), siendo él quién seleccione a los investigadores asociados (artículo 117), así como al personal técnico y de apoyo (artículo 118), teniendo la responsabilidad, al término de la ejecución de la investigación, de presentar al comité de investigación de la institución de atención a la salud, un **Informe técnico (artículo 119)**, pudiendo publicar informes parciales y finales del estudio (artículo 120).

5°. El presente protocolo se enviará a **revisión al CLIS 2804 y CEI 28048** para su dictaminación y requiere carta de no inconveniente por parte del Director, ya que se realizará en una unidad diferente a la adscripción del investigador responsable. La información de los derechohabientes contenida en los anexos 1 y 2 será manejada con confidencialidad y resguardada (físicamente y en formato electrónico) en el área que los comités consideren, con la finalidad de cumplir en las potenciales supervisiones de COFEPRIS y CONBIOETICA.

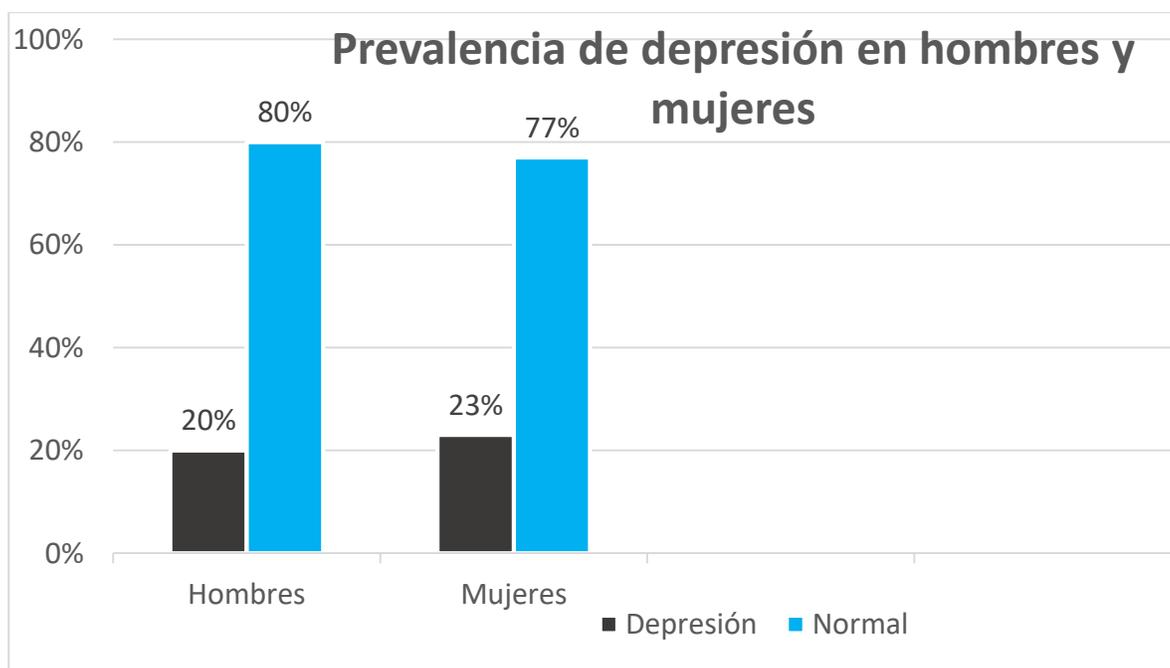
**NOTA:** Por normativa, es responsabilidad directa del investigador responsable ante SIRELCIS el resguardo de toda la información relacionada con la investigación (protocolo, base

de datos, consentimientos informados, cuestionarios o cualquier otro anexo que se requiere integrar para terminar la tesis). Alguna o toda esta información puede ser solicitada por instancias federales y/o delegacionales para aclaración en investigaciones donde se presuma plagio.

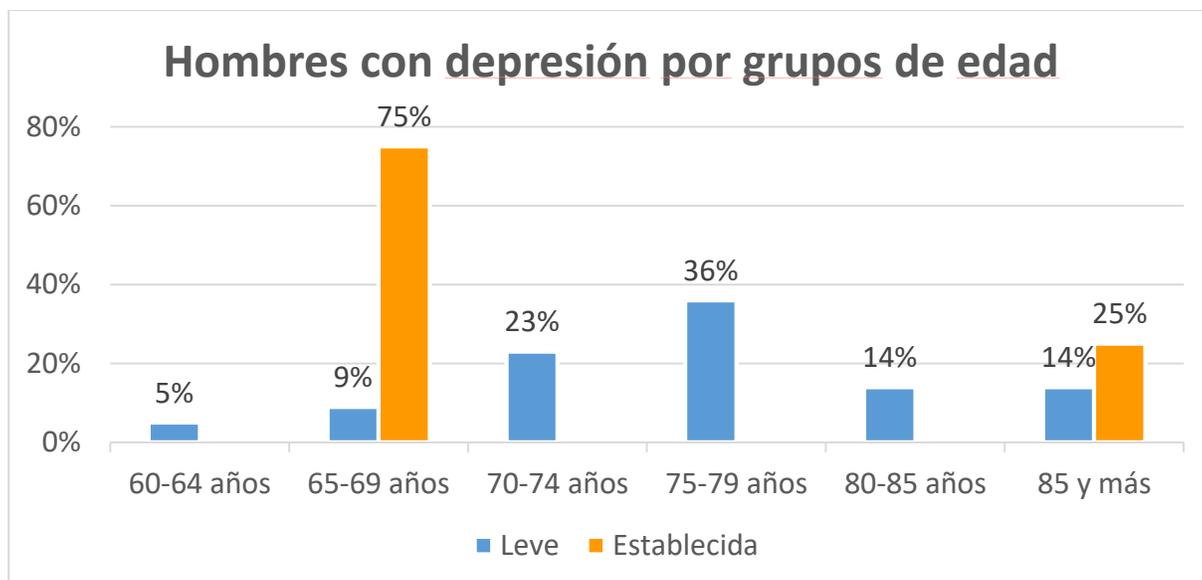
### Capítulo 3: Resultados



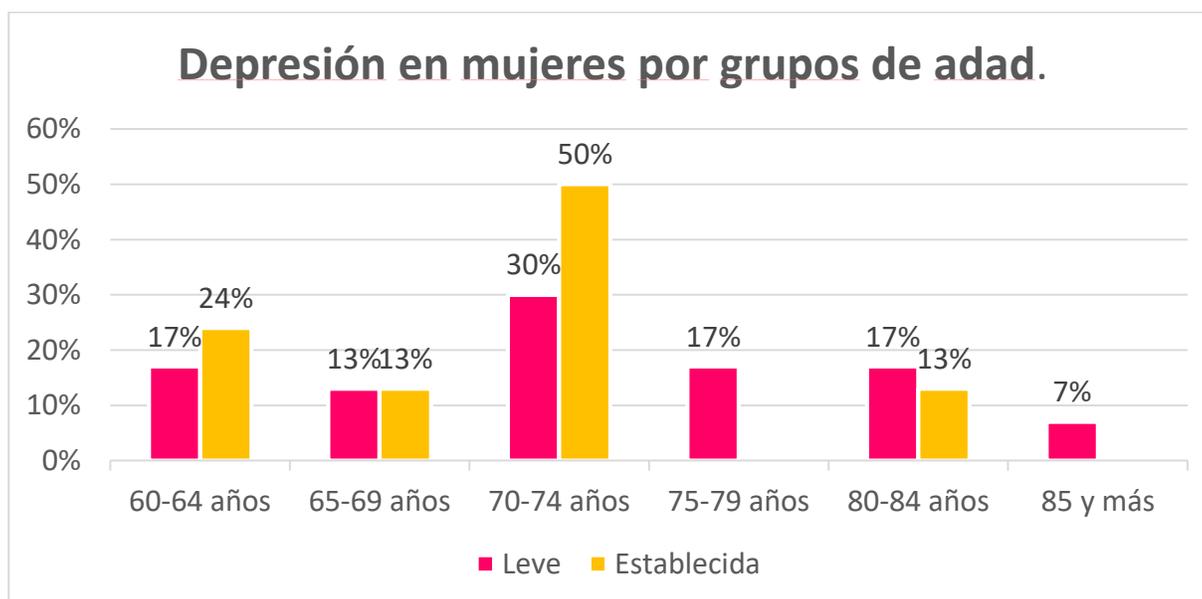
**Gráfica 1:** Del total de pacientes encuestados, el 43% de la población fueron hombres y el 57% mujeres.



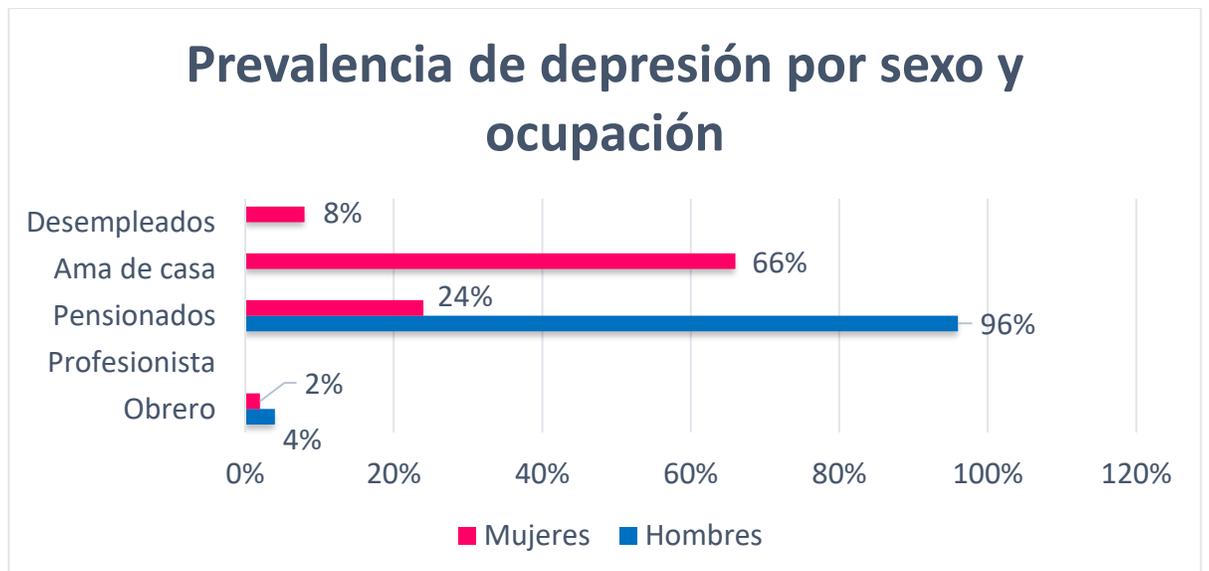
**Gráfica 2:** Del total de hombres encuestados el 20% presentó depresión y el 80% no presentó depresión; el 23% de la población femenina encuestada presentó diagnóstico de depresión y el 77% restante no presentó depresión.



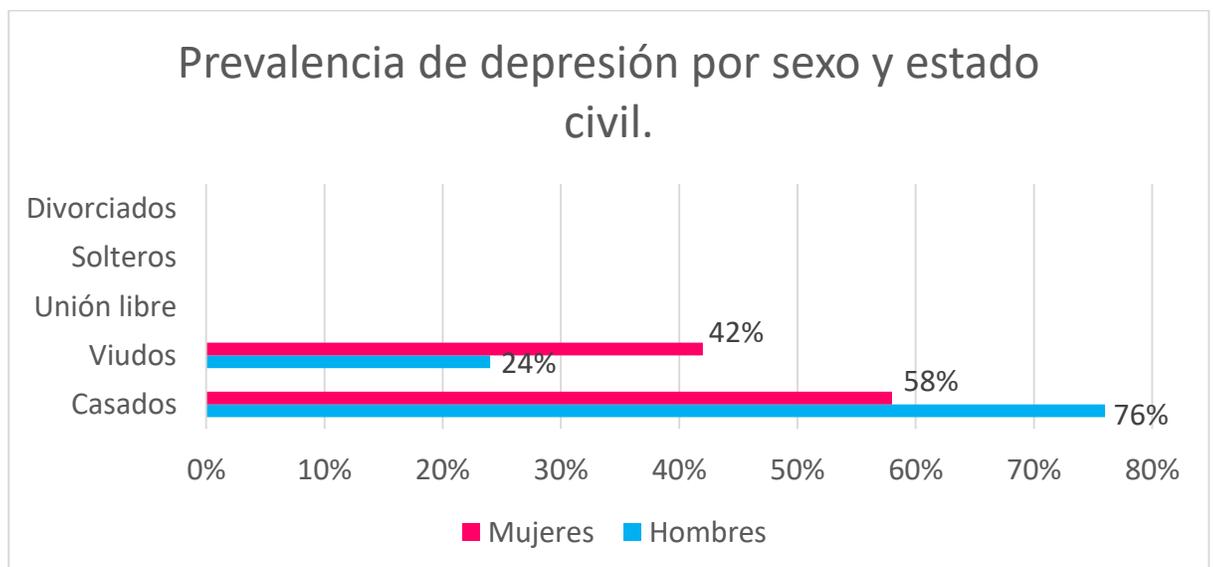
**Gráfica 3:** En los hombres el 17% se registró como depresión leve y un 3% como depresión establecida, por grupos de edad podemos observar que la depresión leve predominó en todos los grupos de edad, con mayor presentación en el grupo de 75 a 79 años; en cambio, la depresión establecida solo se presentó en los grupos de edad de 65 a 69 años con un 75% y de 85 y más con un 25%.



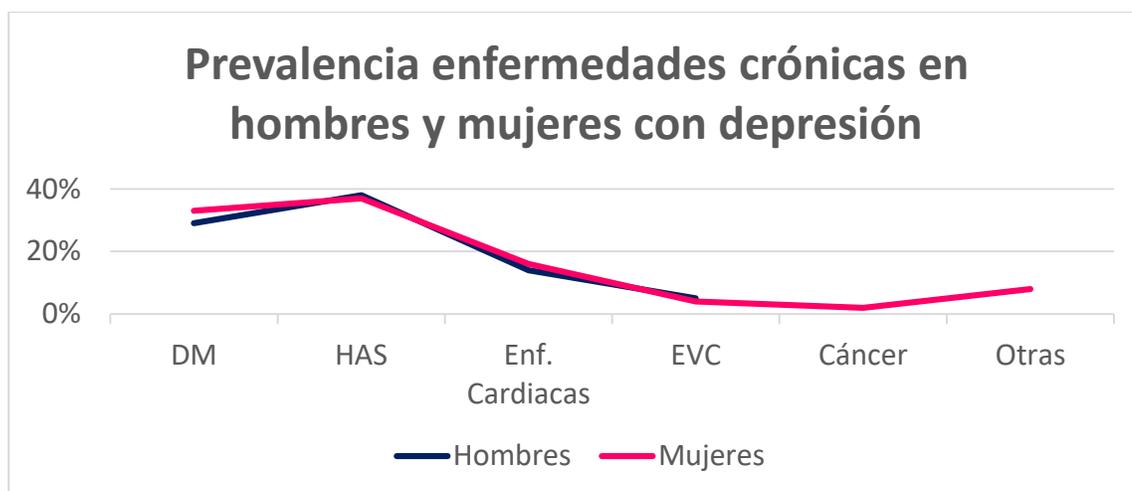
**Gráfica 4:** Del total de mujeres encuestadas un 18% presentó depresión leve y un 5% presentó depresión establecida, predominando la depresión leve y depresión establecida en el grupo de edad de 70 a 74 años.



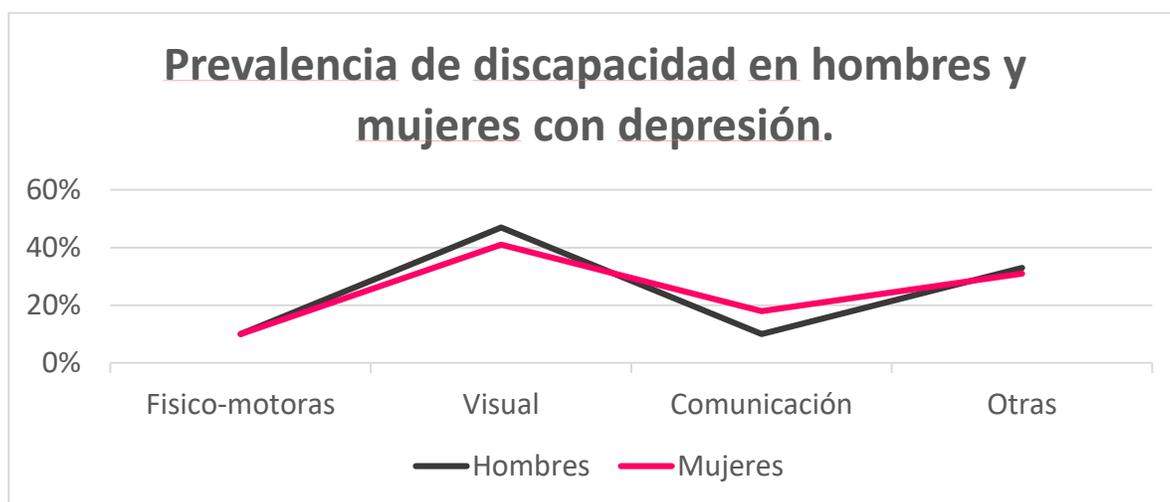
**Gráfica 5:** La prevalencia de depresión por sexo y ocupación, podemos observar que en los hombres con depresión predominan en los pensionados con un 96%; en cambio, en las mujeres predominan en las amas de casa con un 66%.



**Gráfica 6:** En los pacientes con depresión el estado civil que predomina es en los casados en un 76% en segundo puesto están los viudos con un 24% de pacientes con depresión, respetando otros tipos de estado civil. En las mujeres con depresión predomina en las casadas con un 58% y en las viudas con un 42%,



**Gráfica 7:** La enfermedad crónica predominante en los hombres con depresión es la Hipertensión Arterial con un 37%; en las mujeres observamos también que la enfermedad crónica predominante es la Hipertensión Arterial con un 36%, el Cáncer con un 5% y otras enfermedades como la Artritis Reumatoide, LES, Osteoartritis y Fibromialgia.



**Gráfica 8:** La discapacidad predominante en los hombres con depresión fue la visual en 47%; en las mujeres con depresión predomina igualmente la discapacidad visual en un 40%.

## Capítulo 4: Discusión

De acuerdo a lo identificado en la literatura se estima que en la población adulta mexicana hay una prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos que van incrementando con la edad, en el 35.4% de los adultos mayores de 60 años. En algunos estudios realizados en México se han registrado proporción de depresión en los adultos mayores del 57.1 al 79.5%.

En nuestro estudio podemos observar que de los 295 pacientes encuestados hay una prevalencia de depresión en el adulto mayor del 23% en mujeres y 20% en hombres, predomina en el sexo femenino que padecen enfermedades crónicas que coincide con el estudio realizado por Flores Padilla L. y Cols. México 2016, donde reportan que las enfermedades crónicas se han identificado como un incremento en el riesgo de presentar la depresión hasta 6 veces más que quienes no refieren tener comorbilidad o de enfermedades crónicas. En el mismo estudio se observa que aquellos pacientes que presentan algún tipo de discapacidad también aumenta la sintomatología depresiva a causa de las limitaciones que se presentan; coincidiendo en el artículo de Arena M. J. Chile 2017 donde establece que la depresión es un síndrome altamente frecuente, que puede llevar diversas complicaciones de salud, las que especialmente están relacionadas con la pérdida de la funcionalidad y dependencia de las actividades de la vida diaria, con afecciones que pueden darse de forma progresiva en el tiempo y que llevan a peores resultados en el tratamiento.

De las causas que se han identificado; en población usuaria de IMSS en la ciudad de México se identificó una prevalencia del 21.7% afectando más a las mujeres, en la edad >75 años, con problemas financieros, estar separado o divorciado. En nuestro estudio se encontró que la prevalencia de la depresión leve y establecida se encontró más en las mujeres de entre 70 y 74 años, amas de casa y viudas, donde predominan las enfermedades cónicas y otros padecimientos como la Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso sistémico, Osteoartritis. En los hombres la prevalencia de la depresión se estableció entre las edades de 70-74 años para depresión leve y depresión establecida, pensionados, casados y viudos.

Una investigación realizada en adultos mayores de la ciudad de Guadalajara, México, cuya población de estudio habitaba en su domicilio, reporto una menor prevalencia de depresión (36,0%); de igual manera es importante señalar que, en dicha investigación, la población estudiada cohabitaba con su familia al igual que los pacientes encuestados en nuestro estudio.

Según el estudio realizado sobre Depresión en adultos mayores que viven en pobreza extrema por Padilla Flores L. México 2016; la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes del adulto mayor, diversos estudios epidemiológicos en el mundo y en México que han sido realizados en la comunidad describen prevalencias de depresión entre 2 y 27%, se presentan los síntomas más significativos de la depresión en los adultos mayores que viven en la comunidad, aunque se han reportado mayores prevalencias en los adultos mayores hospitalizados y en los asilos.

<b>Nombre</b>	<b>Autores</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Población estudiada</b>	<b>País año</b>	<b>Instrumento aplicado</b>	<b>Discusión</b>
Depresión e adultos mayores. Diferencias entre sexos	Soria Trujano R, Soriano Carrillo M, Lara de Jesús N, Mayen Aguilar A.	Estudio exploratorio descriptivo	300 personas adultas mayores de 60 años	México 2018	Escala geriátrica de Yesavage	Los datos dejaron ver que gran parte de la muestra total de adultos mayores, no reporto depresión; factores que pudieron influir para ello, es en primer lugar, el hecho de que la muestra total de persona adultas mayores evaluadas, no padecía de alguna enfermedad que las incapacitara, de tal manera que no pudiesen valerse por sí mismos, condición que les permitía entonces tener una mejor calidad de vida; en segundo lugar es posible que los ancianos que no reportaron

						sintomatología depresiva, estuviesen recibiendo apoyo social.
Depresión en adultos mayores con pobreza extrema pertenecientes a un programa social en Juárez, Chihuahua.	Luis Flores Padilla, Flor Roció Ramírez-Martínez Juan Trejo Franco	Analítico	Personas de más de 60 años	México 2016	Escala geriátrica de Yesavage	En este estudio la enfermedades crónicas se han identificado como un incremento en el riesgo de presentar la depresión hasta 6 veces más que quienes no refieren tener comorbilidad o de enfermedades crónicas.
Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo.	Hernández Chávez Laura, Muñiz Quintero N, Gutiérrez Leyva M, Hernández Mena J, Chan Zavala M, Cetina Ceh F.	Estudio descriptivo y transversal	Muestra no probabilística de 16 sujetos entre 65-87 años.	México 2017	Test de Hamilton	En este estudio se encontraron datos de prevalencia de depresión en adultos mayores por encima de las cifras a nivel nacional, y se identificó una mayor proporción de diagnósticos de depresión leve y moderada de adultos mayores de un centro geriátrico comunitario en QR.
Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores.	José M. Aravena	Revisión narrativa de artículos con enfoque en análisis descriptivo y teórico.	Personas mayores de 60 años.	Chile 2017	Revisión de la literatura de artículos publicados entre 1990 y 2016. análisis narrativo de 40 art.	La depresión es un síndrome altamente frecuente, que puede llevar diversas complicaciones de salud, las que especialmente están relacionadas con

						la pérdida de la funcionalidad y dependencia de las AVD, con afecciones que pueden darse de forma progresiva en el tiempo y que llevan a peores resultados en el tratamiento.
Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores.	Valdés King M, González Cáceres J, Salis Abdulkadir M.	Estudios descriptivos o transversales	40 adultos mayores	Cuba 2017	Escala geriátrica de Yesavage, Mini Examen del estado mental de Folstein.	Los resultados de este estudio muestran un predominio de la sintomatología depresiva en adultos mayores institucionalizados que proviene de la comunidad, y en cierta medida este hallazgo resulta algo paradójico pues el objetivo principal de esta modalidad de institucionalización es proporcionarles compañía, mitigando la soledad.

## Capítulo 5: Conclusiones

Como médicos de primer contacto es fundamental conocer la etiología del estado depresivo para que la evaluación pueda ser precisa y así, proporcionar al adulto mayor o a su cuidador un diagnóstico diferencial. Según Yesavage, un 25% de pacientes con demencia son inicialmente diagnosticados erróneamente como trastorno afectivo y un 30% de los casos de depresión son diagnosticados como demencia.

La depresión es uno de los padecimientos crónicos más comunes encontradas en la atención primaria, un porcentaje notable de casos queda sin diagnosticar o es diagnosticado tarde, creando así una serie de consecuencias negativas sobre las comorbilidades y las capacidades funcionales, creando un aumento en la utilización y costos de los servicios médicos y la asistencia sanitaria.

Una vez que se diagnostica la depresión en la vejez, se pueden considerar las opciones de manejo. Hay buena evidencia para apoyar el uso de psicoterapia o farmacoterapia sola, y las dos en combinación.

Durante la práctica clínica, nos vemos con el gran desafío de realizar un diagnóstico diferencial entre muchos de los padecimientos relacionados con la depresión y el deterioro cognitivo del paciente adulto mayor, ya que muchas de las veces el médico de primer contacto se basa en la sintomatología que presenta el paciente al momento de la consulta y no se enfoca en las encuestas establecidas y avaladas para la detección de padecimientos. A pesar de que solo 28,7% de los psiquiatras no encuentran ninguna dificultad para diagnosticarla sin problema; número que desciende a 9,5% en médicos generales. Ambos, curiosamente, utilizan muy poco las escalas psicométricas y los cuestionarios de diagnóstico, basando, mayoritariamente, sus detecciones en la entrevista y el estudio de la sintomatología.

## **Capítulo 6: Recomendaciones**

Para evitar la aparición de la depresión en el adulto mayor, es importante iniciar una serie de acciones preventivas enfocadas para la prevención de la aparición de este padecimiento; dentro de los programas a iniciar esta el promover el ejercicio en el adulto mayor, ya que retrasa los efectos de envejecimiento en las funciones fisiológicas y conserva la reserva funcional entre los adultos mayores.

Promover la realización y participación de actividades de la vida diaria en el paciente adulto mayor viudo, divorciado y jubilado ya que constituye un efecto protector frente a la posible aparición de síntomas depresivos.

Evaluar las capacidades funcionales en cada etapa de la vida e incrementar los programas de envejecimiento activo, con el fin de mejorar la calidad de vida de esta población.

Analizar la funcionalidad familiar en el adulto mayor, ya que es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital.

Es importante que el médico del primer nivel de atención esté capacitado para identificar de una manera temprana este trastorno y poder otorgar un tratamiento oportuno, evitando las consecuencias de este padecimiento en el adulto mayor.

## **Bibliografía**

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Depresión. Notas descriptivas de la OMS. Ginebra: OMS; 30 de enero de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Notas descriptivas de la OMS. Ginebra: OMS; 12 de diciembre de 2017. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
- 3.- Tello-Rodríguez Tania, Alarcón Renato D, Vizcarra-Escobar Darwin. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neuro cognitivos mayores, afectivos y del sueño. Rev. Perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2016 Abr [citado 2020 Nov 11]; 33 (2): 342-350. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000200021&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200021&lng=es). <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>.
- 4.- Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. RMH [Internet]. 16oct.2018 [citado 11nov.2020];29(3):182. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3408>.
- 5.- Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental. Depresión. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Boletín No 1, marzo de 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- 6.- Flores-Padilla L, Ramírez-Martínez FR, 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. 2016, Número 4. Disponible en: [https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4/GMM\\_152\\_2016\\_4\\_439-443.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4/GMM_152_2016_4_439-443.pdf).
- 7.- Díaz Montecinos D, Aránguiz S, Farías N, Godoy D, Silva N, Durán Agüero S. Factores asociados a síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados. Nutr. clín. diet. hosp. 2019; volumen 39 (2):34-39. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/PDF/DIAZ.pdf>

- 8.- Hernández-Chávez L, Muñiz-Quintero N, Gutiérrez-Leyva M, Hernández-Mena J, Chan-Zavala M, Cetina-Ceh F. Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo. *Revista Salud Quintana Roo*. Septiembre - diciembre 2016 / enero - abril 2017; Volumen 9(35):6-10. Disponible en: [https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/35/PDF/DEPRESION\\_EN\\_UN\\_CENTRO\\_GERIA\\_TRICO\\_QUINTANA\\_ROO.pdf](https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/35/PDF/DEPRESION_EN_UN_CENTRO_GERIA_TRICO_QUINTANA_ROO.pdf)
- 9.- Soria TR, Soriano CMI, Lara JN, et al. Depresión en adultos mayores. diferencias entre sexos. *Rev Elec Psic Izt*. 2018;21(2):682-697. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81597>.
- 10.- Conde Minga E; Cuadrado Martínez K. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com* (internet). Universidad Nacional de Loja Ecuador; 26 junio 2016. Caracterización de la depresión en el adulto mayor. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/depresion-adulto-mayor-geriatria/>.
- 11.- De los Santos Perla Vanessa, Carmona Valdés Sandra Emma. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *PSM* [Internet]. 2018 June [cited 2020 Nov 11]; 15 (2): 95-119. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1659-02012018000100095&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012018000100095&lng=en). <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>.
- 12.- Puello Alcocer E, Sánchez Caraballo Álvaro, Rada Sabino A, Argumedo Señá M. Sentimientos de depresión en personas mayores beneficiarios de un programa de extensión solidaria “salud familiar” Córdoba Colombia. *RAS* [Internet]. 18oct.2019 [citado 11nov.2020];3 (2). Available from: <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1853>.
- 13.- Romero Valadez C, Flores Villavicencio M; Síntomas depresivos en adultos mayores con depresión; *Psiquiatría. com*. 2019 VOL 23. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/sintomas-depresivos-en-adultos-mayores-con-depresion/>.

14.- Aguado A, Aguado M, García del Álamo M. Comorbilidad y síntomas digestivos asociados a depresión en pacientes mayores de 60 años. Medicina de Familia. SEMERGEN. Barcelona España: Volumen 46, Issue 1, January–February 2020, Pages 27-32. disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.03.003>.

15.- Lara Pérez E. The Conversation (internet). Madrid España: June 30, 2019 EDT. Fotografía de la depresión en la edad avanzada. Disponible en: <https://theconversation.com/fotografia-de-la-depresion-en-la-edad-avanzada-119498>.

16.- Deví Bastidaa J, Núria Bastida J, Puig Pomés S, Jofre Font A, Fetscher Eickhoff A. La Depresión: un Predictor de Demencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. Revista Española de Geriatria y Gerontología ELSEVIERL (internet). Marzo-abril 2016 Vol. 51 (2) pag. 112-118. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-depresion-un-predictor-demencia-S0211139X15002103>.

17.- Perea Pérez P, Álvarez González A. Pseudodemencia depresiva en el paciente anciano: a propósito de un caso. Unidad de Salud Mental Comunitaria de Osuna España: Psiquiatría. Com (internet). 2 mayo 2018;

INTERPSIQUIS XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. 2018 Vol. XIX. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/pseudodemencia-depresiva-en-el-paciente-anciano-a-proposito-de-un-caso/>.

18.- Da Silva Rodrigues CY, Hernández Ramos MT, Carvalho Figueiredo PA, Romero Lara E. Cambios en la personalidad y depresión en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. CienciasPsi [Internet]. 23 de octubre de 2018 [citado 11 de noviembre de 2020];12(2):231-7. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/1687>.

19.- D.M. Campagne D. Diagnostica la depresión antes. Medicina de Familia. SEMERGEN. Madrid España: mayo - junio 2018. Vol. 44. Núm. 4. páginas 270-275. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359317301399>.

20.- Trujillo Hernández PE. Depresión en el adulto mayor: un instrumento ideal para su detección. Coahuila México: NURE investigación; Revista Científica de enfermería, ISSN-e

1697-218X, Vol. 14, N°. 89, septiembre 2017. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/1136>.

21.- Gonzalez-Argote Javier, García-Rivero Alexis Alejandro. Revista Cubana de Medicina General Integral: más resultados y nuevos retos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 Dic [citado 2020 Nov 11] ; 32( 4 ): 1-4. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252016000400015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000400015&lng=es).

22.- Paul Blackburn M, Wilkins-Ho B, Wiese B. Depression in older adults: Diagnosis and management. BCMJ Medical Journal. abril de 2017; vol. 59, No. 3, páginas 171-177. Disponible en: <https://bcmj.org/articles/depression-older-adults-diagnosis-and-management>.

23.- Cortajarena García MC, Ron Martin E, Miranda Vicario A, Ruiz de Vergara E, Azpiazu Gómez PJ, López Aldana J. Antidepresivos en la Tercera Edad. Medicina de Familia. SEMERGEN. Octubre 2016; Vol. 42. Núm. 7. páginas 458-463. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-antidepresivos-tercera-edad-S1138359315002993>.

24.- Brüning I K, Mora M I. Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina. Marzo 2019. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/depresion-en-adultos-mayores-una-mirada-desde-la-medicina-familiar/>.

25.- Ortuño N, Cobo J, González E, García I, Ferrer MD, Campos C, Planet N, Olivad JC, Suárez M, Iglesias-Lepine ML, García-Parés G. Tratamiento antidepresivo y asociación con el ingreso urgente en unidades médicas en pacientes de 65 años o mayores. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. octubre - diciembre 2016; Vol. 9. Núm. 4. páginas 210-218. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-tratamiento-antidepresivo-asociacion-con-el-S1888989115000269>.

26.- Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of late-life depression. Translational Psychiatry. 5 agosto 2019; vol. 9 art. 188. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41398-019-0514-6>.

- 27.- Raue, P.J., McGovern, A.R., Kiosses, D.N. et al. Advances in Psychotherapy for Depressed Older Adults. *Curr Psychiatry Rep* 19, 57 (2017). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0812-8>.
- 28.- Montes de Oca Valdez L, Rodríguez Medina D. Factores de Riesgo y protección del suicidio en adultos mayores. *Revista Psicología y Salud*. jul-dic2019; vol. 29 Número 2, p187-194. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2585>.
- 29.- Oliveira João Manoel Borges de, Vera Ivânia, Lucchese Roselma, Silva Graciele Cristina, Tomé Eryelg Moura, Elias Roberta Almeida. Aging, mental health, and suicide. An integrative review. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2018 Aug [cited 2020 Nov 11]; 21(4): 488-498. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000400488&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000400488&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180014>.
- 30.- López-Torres Hidalgo, J., the DEP-EXERCISE Group., Aguilar Salmerón, L. et al. Effectiveness of physical exercise in the treatment of depression in older adults as an alternative to antidepressant drugs in primary care. *BMC Psychiatry* 19, 21 (2019). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1982-6>.
- 31.- Portellano-Ortiz C, Garre-Olmo J, Laia J, Calvo-Perxas L, Conde-Sala JL. Depresión y variables asociadas en personas mayores de 50 años en España. *ScienceDirect Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Octubre - diciembre 2018; Vol. 11. Núm. 4. Pag. 189-258. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1888989116300957>.
- 32.- Aravena José M. Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2017 Dic [citado 2020 Nov 11]; 55(4): 255-265. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272017000400255&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000400255&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272017000400255>.
- 33.- Aravena JM, Gajardo J, Saguez R. Salud mental de hombres mayores en Chile: una realidad por priorizar. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e121. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.121>.

34.- Figueroa Varela M, Aguirre Ojeda D, Hernández Pacheco R. Depresión, deterioro cognitivo y relaciones sociales en dos grupos de adultos mayores en México. Universidad Autónoma de Nayarit México. XX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental Abril 2019. Disponible en: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-5-2019-13POS6Reg2415.pdf>

35.- Saavedra González AG, Rangel-Torres SL, García de León A, Duarte Ortuño A, Bello Hernández YE, Infante Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Science Direct Atención Familiar January–March 2016; Volumen 23, Issue 1, Pages 24-28. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30073-6](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30073-6).

## Anexos

### Ficha de identificación

Nombre: _____		
<b>Marque con una X su sexo.</b>	Masculino _____	Femenino _____

<b>Marque con una X su edad</b>	<b>X</b>	<b>Marque con una X su ocupación</b>	<b>X</b>	<b>Marque con una X su estado civil</b>	<b>X</b>
De 60 a 64 años		Obrero o empleado		Casado	
De 65 a 69 años		Profesionista		Viudo	
De 70 a 74 años		Pensionado o jubilado		Unión libre	
De 75 a 79 años		Ama de casa		Soltero	
De 80 a 84 años		Desempleado		Divorciado	
De 85 y más:				Casado	

<b>Marque con una X si padece alguna de las siguientes enfermedades.</b>	<b>X</b>	<b>Marque con una X si padece alguna de las siguientes discapacidades:</b>		<b>X</b>
Diabetes Mellitus		Físico-motoras	Amputación	
			Enfermedad	
Hipertensión arterial		De la visión		
Enfermedades cardíacas: (Infarto, angina de pecho, Insuf. Cardíaca)		De la comunicación		
Evento vascular cerebral		Otras discapacidades		
Cáncer				

## Escala geriátrica de Yesavage

CUADRO 4. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (VERSIÓN REDUCIDA)		SI	NO
<b>Instrucciones:</b> Conteste las siguientes preguntas con un "sí" o con "no", en referencia a la semana previa			
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1	
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0	
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0	
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0	
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1	
6. ¿Teme que algo malo le pase?	1	0	
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1	
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0	
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0	
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0	
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1	
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0	
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1	
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0	
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0	
<b>Puntuación total:</b>		_____	

**Interpretación:**

**0 a 5 puntos = normal.**

**6 a 9 puntos = depresión leve.**

**> 10 puntos = depresión establecida.**

Adaptado de: Sheikh JJ, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: Haworth, 1986.