



**BUAP**

**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE  
PUEBLA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 13  
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS**

**TÍTULO:**

**“FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESION EN  
EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A CONSULTA A  
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13 IMSS,  
TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALIDAD EN:  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. RENE PALACIOS GARNICA**

**DIRECTOR:**

**DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RICON**

**ASESOR:**

**DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA**



**H. PUEBLA DE ZARAGOZA. FEBRERO 2020**



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13  
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS



**“FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESION EN EL  
ADULTO MAYOR QUE ACUDE A CONSULTA A LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 13 IMSS, TUXTLA GUTIERREZ,  
CHIAPAS”**

**TESIS DE POSGRADO**

PARA OBTENER EL GRADO DE

**MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DR. RENE PALACIOS GARNICA**

**ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. LUIS ERNESTO BALCAZAR RICON**

MEDICO NO FAMILIAR

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 2

**ASESOR DE CONTENIDO**

**DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA**

COORD. CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13

**AUTORIZACIONES**

**DR. LUIS ANTONIO VALLES FLORES**

COORDINADOR DE PLANEACION Y

ENLACE INSTITUCIONAL

DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS

**DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN**

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO

DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS, FEBRERO 2020



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA PUEBLA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13  
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS



**“FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESION EN EL  
ADULTO MAYOR QUE ACUDE A CONSULTA A LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 13 IMSS, TUXTLA GUTIERREZ,  
CHIAPAS”**

**TESIS DE POSGRADO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:  
**DR. RENE PALACIOS GARNICA**  
**MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°13**  
**TELÉFONO: 96 13 80 12 49**  
**CORREO ELECTRÓNICO: [palacios\\_garnica@hotmail.com](mailto:palacios_garnica@hotmail.com)**

**ASESOR DE METODOLOGICO:**

**DR. LUIS ERNESTO BALCÁZAR RINCÓN**  
MÉDICO NO FAMILIAR  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2  
MATRÍCULA: 99332495  
TELÉFONO 961 65 81984  
Correo electrónico: [umqbalcazar@gmail.com](mailto:umqbalcazar@gmail.com)

**ASESOR DE CONTENIDO:**

**DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA**  
COORD. CLINICO DE EDUCACION E  
INVESTIGACION  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13  
MATRICULA: 99074474  
TELEFONO: 961 65 822 78  
CORREO ELECTRONICO: [yunisra@hotmail.com](mailto:yunisra@hotmail.com)

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; FEBRERO 2020

# AGRADECIMIENTOS

Me van a faltar paginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo, reconozco y agradezco:

A dios, por permitirme llegar a este momento, por darme su bendición y ser mi guía a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

A mis padres, Evelia y René; por ser los principales promotores de mis sueños, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir mis metas; por confiar y creer en mí, por sus consejos y valores que me han inculcado y sobre todo por darme su apoyo incondicional.

A mi esposa Alejandra, por su apoyo y paciencia incondicional en este proyecto de vida; por ser mi compañera y confidente.

A mi hermano miguel, por su apoyo fundamental para lograr este objetivo.

A mis asesores Dr. Balcázar y Dra. Yunis; quienes, con su experiencia, conocimiento y motivación me orientaron; y sobre todo por brindarme su tiempo y confianza para la realización de esta tesis.

A todos los profesores que me han visto crecer en esta etapa de mi vida profesional, gracias a sus conocimientos y consejos hoy puedo sentirme dichoso y contento.

A mis compañeros y amigos de residencia por su apoyo moral, y compartir momentos de tristeza y felicidad.

A todos quienes contribuyeron con un granito de arena para culminar con éxito esta meta.

## INDICE

I.	RESUMEN .....	5
II.	MARCO TEÓRICO .....	7
III.	JUSTIFICACIÓN .....	21
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	22
V.	OBJETIVO .....	23
VI.	HIPÓTESIS .....	24
VII.	MÉTODOLOGIA .....	25
	DISEÑO DEL ESTUDIO .....	25
	UNIVERSO .....	25
	LUGAR DE ESTUDIO .....	25
	PERIODO DE ESTUDIO .....	25
	PERIODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	25
	MUESTRA .....	25
	CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	26
	DESCRIPCION DE LAS VARIABLES .....	27
	ANALISIS ESTADISTICO .....	28
	DESARROLLO DE PROYECTO .....	29
	INSTRUMENTOS DE EVALUACION .....	30
VIII.	ASPECTOS ÉTICOS .....	31
IX.	RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD .....	33
X.	RESULTADOS .....	34
XI.	DISCUSIÓN .....	40
XII.	CONCLUSIÓN .....	42
XIII.	PROPUESTAS .....	43
XIV.	BIBLIOGRAFÍA .....	44
XV.	ANEXOS .....	49

## I. RESUMEN

**Título:** Factores de riesgo para la depresión en el adulto mayor que acude a consulta a la unidad de medicina familiar número 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

**Antecedentes:** La Organización Mundial de la salud (OMS) define a la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito. Alrededor del 90 % de los adultos mayores sufren algún padecimiento de este tipo. La depresión en los ancianos muestra características especiales y en ocasiones resulta difícil establecer el diagnóstico en este grupo de edad, pues se muestran más interesados por la evolución de sus síntomas físicos, que por su tristeza. En ellos se considera tan normal las ideas de culpabilidad, tristeza, angustia, hasta pensar que es algo normal a esta edad; favoreciendo a subdiagnosticar la depresión, y creer que se le pasara pronto o son achaques de la edad.

**Objetivo:** Identificar los factores de riesgo para la presencia de depresión en el adulto mayor que acude a consulta externa de la unidad de Medicina Familiar no. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

**Material y método:** Se realizó un estudio tipo descriptivo, analítico y transversal, a adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar No. 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se incluyó a hombres y mujeres igual o mayor de 65 años, que acudieron a la consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar Número 13 y que desearon participar en el estudio, donde la herramienta de recolección de datos de la escala de Yesavage versión corta que consiste en 15 preguntas con una sensibilidad de 92% y especificidad del 89%. Con una muestra de enero a septiembre del 2018.

**Resultados:** Se realizaron 200 encuestas de las cuales 98 pertenecían al sexo masculino presentando 23 casos y 102 al sexo femenino con 27 casos, se encontraron cuatro principales factores de riesgo para que el adulto mayor desarrolle depresión; tabaquismo OR14.9 (IC 7.57-29.69), alcoholismo OR 8.9 (IC 4.7-16.6), diabetes mellitus OR 2.7, (IC 1.6-4.6) e hipertensión arterial OR 2.3

(IC 1.3-3.8). De igual forma se encontró que el mayor número de casos reportados se encontraron en depresión leve con 40 casos, seguido de depresión moderada con 10 casos. Además, se encontró a la tipología familiar integrada en un 79.5%.

**Conclusión:** Se observó un discreto predominio de casos en el sexo femenino, así como un mayor número de casos en el grupo mayores de 70 años. Además de los factores de riesgo esperados solo se encontraron cuatro los cuales fueron el alcoholismo, tabaquismo, hipertensión arterial y diabetes mellitus, para el desarrollo de la depresión en el adulto mayor, de igual forma el máximo nivel de escolaridad reportado fue licenciatura, presentando un apoyo social insuficiente, en cuanto a la polifarmacia y actividad física no hubo mayor relevancia.

**Palabras claves:** Depresión, adulto mayor, factores de riesgo, tipología familiar.

## II. MARCO TEORICO

### EL ENVEJECIMIENTO

El diccionario en español Oxford living define el envejecimiento como “el proceso biológico en que los seres vivos se hacen viejos, que comporta una serie de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo y no son consecuencia de enfermedades ni accidentes. El envejecimiento es un proceso gradual de degradación del organismo humano”.<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define “desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades física y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte”.

Debemos tomar en cuenta que aparte de los cambios biológicos, también se asocian otras transiciones de la vida como la muerte de amigos y conyugue, jubilación, abandono, discapacidades, pobreza, cambio de vivienda y de la propia vida, entre otros.<sup>2</sup>

El envejecimiento es una disminución de las funciones, la fertilidad y con un aumento de la mortalidad, relacionado al incremento de la edad de cada especie. En los seres humanos, hay una reducción en la facultad para soportar los cambios de temperatura y metabólicos, así como procesos infecciosos y hemodinámicos; también disminuyen todos los sentidos; y hay un incremento en la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas. Además, se presentan cambios en la estructura celular, por ejemplo, la piel muestra disminución de la elasticidad. Esto lleva a que todas las funciones y estructuras de los órganos presenten un deterioro.<sup>3</sup>

Como lo menciona Agustín Lugo Radillo<sup>3</sup> en su publicación el “envejecimiento desde un enfoque molecular”, donde explica al envejecimiento por las teorías de evolución las cuales son tres.



### **Teoría del soma desechable**

Dice que, ya finalizada la reproducción en un periodo determinado de un organismo, este ha logrado su finalidad de salvaguardar la especie.

Por lo que la capacidad reproductiva termina tempranamente y no se seleccionan genes longevos, evitando así que alguno sobreviva para transferir ciertas mutaciones favorables y retarde la vida de los organismos. En pocas palabras son factores propios del organismo.

### **Teoría del incremento en la mortalidad externa**

Son sucesos derivados de factores externos, (cambios de temperatura exterior, escasez de alimento, etc.).

Propone que, al incrementar la mortalidad externa, las criaturas tendrán una muerte temprana, acortando su periodo reproductivo. Ahora bien, un grupo pequeño de criaturas sobreviven y heredan alteraciones genéticas nocivas, estos adjudican indirectamente la disminución en la longevidad de las criaturas. Pero si la mortalidad externa disminuye, será posible la herencia de genes longevos. Esta disminución se logra al ambientarse evolutivamente, generando protección a la criatura y de manera artificial por medio de vacunas y/o antibióticos, que aumentarían el porcentaje de las criaturas para que alcancen el periodo de reproducción.<sup>3</sup>

### **“Teoría de pleiotropía antagonica”**

La cual propone que algunos genes tienen un efecto diferente en distintas etapas de la vida, siendo benéficas en etapas pre y reproductiva y dañinos en la edad adulta cuando ya no hace su acción en el filtro de la selección natural. Por ejemplo, la testosterona hormona masculina importante en los jóvenes para el desarrollo de su madurez sexual, pero en los adultos va a aumentar el peligro contraer cáncer de próstata.<sup>3</sup>

Ahora bien, desde el punto molecular se dice que, una célula se ha hecho vieja en el momento que esta ya no se divide y va perdiendo sus funciones. Esto ocurre al momento que la célula identifica un daño mayúsculo en el ADN. Debido a factores intrínsecos (radicales libres producidos por el metabolismo celular) y factores extrínsecos como diversas sustancias genotóxicas (como el humo del

tabaco y los rayos ultravioleta presente en la luz solar), el ADN sufre cerca de 10 000 lesiones al día. Estas lesiones son reconocidas y reparadas por diversos sistemas celulares, pero una pequeña porción no logra ser reparada y se va acumulando. Esta acumulación se expone a un gen donde altera sus funciones. Por lo tanto, la célula al envejecer tiene una relación directa con el daño al material genómico, que se va aglomerando con el paso del tiempo.<sup>3</sup>

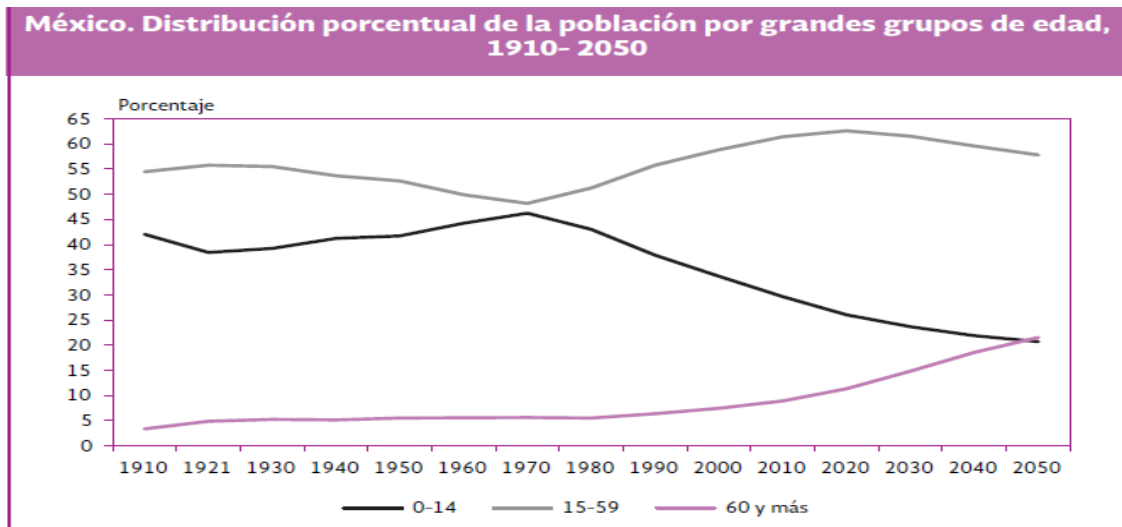
Desde el punto de vista epidemiológico actualmente, la senescencia de la población es un fenómeno social de gran impacto de este siglo. Pues se vive más tiempo en todo el mundo; donde la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Se espera que para el año 2050 haya una población mundial en ese rango de edad cercana a los 2000 millones.

Datos y cifras de la OMS nos dicen que para el 2050, el porcentaje de la población mundial mayor de 60 años será de 22%; para el 2020 será superior al de niños menores de 5 años y; para el 2050 el 80% vivirá en países de ingresos bajos y medianos.<sup>2</sup>

Un aumento en el porcentaje de la población de 60 años y más, se define como senescencia demográfica. En México desde hace 25 años se ha venido dando un aumento en este grupo de la población. Y veremos que para cada individuo el “envejecimiento es un proceso de características particulares, lento y gradual, que se manifiesta de manera diferente en cada uno de ellos.”<sup>4</sup>

De acuerdo al estudio realizado por la división de población del “Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas”<sup>5</sup> (UNDESA) Japón es el país con el mayor número de población senil en el mundo, donde un tercio de la población es de más de 60 años. México está dentro de los países con población joven, donde la población senil figura apenas el 9.6% del total.<sup>5</sup>

Se espera que en las próximas 4 décadas la longevidad se incremente a 80 años en el 2050. Para la década de los noventas, representaba el 6.4% el grupo de 60 años en el total de la población, en el 2010 subió a 9.9% y conseguirá el 21.5% para el 2050.<sup>5</sup>



Gráfica 1. Tomado de Denisse GK, Envejecimiento demográfico de México "Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI (2000) y CONAPO (2012)." <sup>5</sup>

Como pueden ver en la gráfica anterior, en México hay un acelerado aumento de habitantes en envejecimiento. El trabajo se ha dirigido al análisis del "envejecimiento demográfico" <sup>5</sup>, sus características y la transformación hacia la mortalidad y la morbilidad.<sup>5</sup>

Cabe destacar que, en el envejecimiento demográfico por entidades federativas, Chiapas posee índices bajos de envejecimiento (por debajo de la media nacional), con niveles elevados de fecundidad. Se estima que para el año 2030 su proporción de personas de 60 años y más será menor del 13%. <sup>5</sup>



Podemos clasificarla de acuerdo con el DSM V y CIE-10. Donde el DSM V toma los códigos del CIE-10 para su diagnóstico y clasificación.

El DSM V la clasifica como; “trastornos de desregulación destructiva del estado de ánimo (F34.8), trastorno depresivo mayor (F32), trastorno depresivo persistente (distimia) (F34.1), trastornos disfórico premenstrual (N94.3) se integra en este rubro por presentarse con labilidad afectiva intensa, irritabilidad intensa, estado de ánimo deprimido, trastornos depresivos inducido por una sustancia, trastorno depresivo debido a otra afectación médica, trastorno depresivo especificado(F32.8), trastorno depresivo no especificado (F32.9).”<sup>8</sup>

El CIE-10 clasifica los estados de ánimo en depresivos y bipolares. “Dentro de los depresivos abarca al trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. Y los trastornos bipolares abarcan el trastorno hipomaniaco, trastorno bipolar sin síntomas y trastorno bipolar no especificado.”<sup>9</sup>

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Cinco (o más) de los siguientes síntomas presentes en un lapso de dos semanas y un cambio funcional previo.

1. Depresión del estado de ánimo la mayor parte del tiempo. (Niños y adolescentes, pueden presentar irritabilidad.)
  2. Perdida del interés o placer de muchas de las actividades que antes le gustaban, la mayor parte del tiempo, casi todos los días.
  3. Pérdida o aumento de peso sin motivo aparente.
  4. La mayor parte del tiempo presenta Insomnio o hipersomnia.
  5. Aumento o disminución psicomotriz la mayor parte del tiempo.
  6. Cansancio o disminución de la energía la mayor parte del tiempo.
  7. Sensación de culpabilidad o inutilidad inapropiada la mayor parte.
  8. Perdida de la habilidad para tomar decisiones, concentrarse o pensar la mayor parte del tiempo.
  9. Miedo a morir, pensamiento de muerte frecuentemente sin motivo alguno, así como intentos de quitarse la vida, con un plan elaborado para lograrlo.
- B. Estos síntomas provocan afección clínica muy importante y desgaste social, laboral o en la funcionalidad del individuo.
- C. La sintomatología no será atribuida a los efectos de una sustancia u otra afección médica.<sup>9</sup>

## **DEPRESION EN EL ENVEJECIMIENTO**

Dentro de los problemas de salud mental más frecuentes en las personas de la tercera edad, afectando negativamente su funcionamiento, la calidad de vida y costos en su cuidado.<sup>10</sup>

Como se mencionó en los criterios diagnósticos, es un padecimiento mental que se caracteriza por disminución del estado de ánimo, pérdida del interés, disminución de la energía, sentimientos de culpabilidad, trastornos en el sueño, apetito y mala concentración. También puede estar acompañada con síntomas de ansiedad; en su peor escenario puede llevar al suicidio, donde ocurren 3000 muertes por suicidio cada día.<sup>11</sup>

Durante el envejecimiento la depresión no es normal, ya que a esta edad la mayoría de las personas se sienten plenas con su vida, aunque presenten dolencias físicas.

A esta edad cuando la depresión no se diagnostica, trata a tiempo y de forma adecuada, provocara innecesarios sufrimientos para el (la) que lo padece y para su familia. Por lo que es muy importante diagnosticarla, ya que, por el simple hecho sufrirla se considera un criterio de fragilidad. Y peor aún se tiene una idea aberrante que la depresión en las personas de la tercera edad es algo normal debido a su edad avanzada.<sup>12</sup>

Las posibles causas hay que buscarlas en el propio deterioro del cerebro del anciano, y también en el estrés que experimentan, por motivos de su situación económica, psicológica y social. Presentándose sintomatología de depresión en sus tres esferas: la cognitiva, somática y afectiva.<sup>12</sup>

El predominio de depresión en el envejecimiento se aprecia en un 12 % de los casos, con una incidencia mayúscula en personas hospitalizadas, y que viven en albergues y es más común en mujeres que en hombres.<sup>13</sup>

Su predominio aumenta al tener una edad avanzada y disminuye en quienes tienen un alto nivel educativo, y se presenta más en hombres que habitan en zonas rurales.<sup>14</sup>

La depresión menor y la distimia, no se reconocen ni se tratan debidamente. Además, la prevalencia de depresión mayor se duplica después de los 80 años de edad. Los estereotipos de género contribuyen al sub-diagnóstico de la depresión en hombres mayores. Se ha identificado que los adultos mayores afroamericanos y latinos tienen tasas más bajas de tratamiento que los adultos mayores de raza caucásica. Además los síntomas depresivos pueden ser persistentes. Donde más de la mitad de los pacientes siguen deprimidos 1 año después del tratamiento.<sup>11</sup>

“Hasta un 5% de los adultos mayores cumplen con los criterios diagnósticos para la depresión mayor y hasta el 15% presentan síntomas depresivos clínicamente que afectan su funcionamiento.”<sup>15</sup>

Depresión en el adulto mayor se asocia con bajo nivel de funcionamiento, empeorando su estado de salud y menor calidad de vida. Por tal motivo puede conducir a discapacidad en el funcionamiento y la salud física. Son más propensos a morir, ya sea porque empeoran los trastornos físicos o por el suicidio. Y se ha visto que hombres mayores de raza caucásica completan suicidio con más frecuencia que cualquier otro grupo de personas.<sup>11</sup>

Muchas son las señales de esta patología para realizar un estudio minucioso, para investigar sobre sus factores relacionados en este grupo de edad, pues es muy difícil su diagnóstico por la sintomatología que presentan la cual se sobrepone con la expresión del deterioro físico y mental propios de su edad, y estas pueden ser las mismas causas que mantienen esta situación de salud, además de la propia edad avanzada, el cuidado y tratamiento de las enfermedades crónicas y por qué no decirlo la misma tradición al envejecer que los aísla de su familia y de la sociedad, volviéndose un círculo vicioso.<sup>16</sup>



Dentro de las particularidades que diferencian la depresión en este grupo de edad podemos encontrar más irritabilidad, los episodios depresivos son más prolongados, y resistentes al tratamiento, síntomas psicóticos con delirio de ruina, culpa, más formas enmascaradas y menor tristeza, estreñimiento y tendencia al aletargamiento, cambios diurnos de humor, desvelo intenso, pérdida de peso.<sup>17</sup>

También hay fármacos que son usados por el adulto mayor y pueden favorecer la depresión, entre ellos encontramos antineoplásicos, antifímicos, antihipertensivos, antiinfecciosos, antiinflamatorios no esteroideos, antiparkinsonianos, broncodilatadores, psicofármacos entre otros.<sup>23</sup>

Hay factores somáticos asociados a la depresión, entre ellos enfermedades de la piel, enfermedades del sistema nervioso central, artritis reumatoide y lupus, carcinomas, cuadros carenciales y hemáticos, trastornos metabólicos, enfermedades virales, dolor crónico, incapacidades funcionales, tratamientos radicales, y otros.<sup>17</sup>

Aparte de los factores de riesgo antes mencionados, también podemos encontrar factores protectores (buffers) psicosociales, como el apoyo social y la seguridad del entorno de una persona, que actúan de manera contraria. Por lo general es la interacción que estos determinan si una persona desarrolla trastorno depresivo.<sup>18</sup>

La depresión se manifiesta con más regularidad en mujeres viudas, en personas con enfermedades crónicas y problemas del sueño, quienes hayan presentado situaciones de estrés, quienes tengan problemas para movilizarse y estén solos. Aunado a esto las mismas circunstancias sociales, educativas, ambientales y culturales, influyen en su surgimiento y manifestaciones.<sup>16</sup>

**Podemos clasificar entidades específicas, como las siguientes.**

**Trastorno depresivo mayor (TDM).** Hasta el 2% de las personas de la tercera edad experimentan TDM, Los criterios diagnósticos son; una perenne sensación de tristeza, disminución emocional y del placer, indiferencia, perdida del sueño, retraso psicomotor, aislamiento social y disminución de funciones cognitivas.

Muchos adultos mayores con TDM se quedan en cama largas horas del día presentando dependencia y negatividad que pueden alcanzar niveles psicóticos. Con disminución funcional pudiendo ser parecido al observado en enfermedades graves.<sup>19</sup>

**“Trastorno depresivo persistente (distimia).”**<sup>19</sup> “depresión crónica” o “depresión menor”, su diferencia con TDM es que tiene un nivel más bajo de severidad. Pudiendo estar presentes los síntomas meses y hasta años y debe diferenciarse con otras enfermedades psiquiátricas, y con el hipotiroidismo. La distimia puede estar acompañada por un sufrimiento ansioso, alteraciones alimentarias y sueño alterado. También más común el duelo prolongado “en ondas” el cual dura entre 7-10 meses, presenta sentimientos de culpabilidad, agotamiento e ideas de muerte.

**Conducta suicida en ancianos.** Se presenta una incidencia de intentos suicidas en mujeres de 60 años o más que en los varones del mismo grupo de edad, con una prevalencia de suicidios realizado es mayor en los varones, pudiendo ser hasta dos veces mayor que en la población general.<sup>19</sup>

**Depresión geriátrica y comorbilidades médicas.** Los médicos de consulta externa son los primeros con los que entran en contacto estos pacientes; la existencia a la par de depresión con accidentes cerebrovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias, diabetes y artritis, genera interacciones clínicas. El infarto al miocardio y/o enfermedad isquémica son casi inmediatamente seguidas por depresión marcada y muerte. Problemas neurológicos como enfermedad de Parkinson y esclerosis múltiple, enfermedades endocrinas, debutan con síntomas depresivos.<sup>19</sup>

**Depresión y déficits cognitivos.** Perjudica seriamente la facultad cognitiva en los pacientes y se acompaña de problemas neurocognitivos mayores como demencia.

Se le llama “pseudodemencia” para diferenciarlos de estos. La apatía, síntoma frecuente de demencia, muchas veces no está relacionado. En cambio, la “depresión de inicio tardío” puede ser la primera señal de la enfermedad de

Alzheimer, pudiendo estar relacionada con cuadros cerebrovasculares anteriores en el contexto de la “depresión vascular”.<sup>19</sup>

En este grupo de edad una gran cantidad de problemas afectivos no es diagnosticado y cuando se diagnostica, solo se le da tratamiento a menos de la tercera parte de los enfermos. El diagnóstico se realiza por el examen mental, pruebas de psicología, a través de la historia clínica, exploración física y estudios complementarios.

En el examen mental debe buscarse la existencia de afecciones en el afecto, estado de humor, la memoria y la conciencia; el nivel de autoestima presente, la afección del pensamiento, sensación de culpabilidad e ideas de suicidio. Se sugiere realizar tamizaje con test psicológicos como la escala de depresión geriátrica (GDS).

Al realizar el diagnóstico diferencial se debe realizar entre la depresión mayor, la distimia y depresión doble (distimia con depresión mayor). Pudiendo sospechar sintomatología que no reúne los criterios para su diagnóstico, sin embargo, ocasiona mal funcionamiento psicosocial muy importante.<sup>17</sup>

Podemos usar las siguientes preguntas para búsqueda de casos de depresión: ¿A menudo se ha sentido molesto por sentirse deprimido o desesperado? ¿Te has molestado a menudo por tener poco interés o placer en hacer las cosas? Un 'sí' a cualquiera de las preguntas se considera una prueba positiva. Una respuesta "no" a ambas preguntas hace que la depresión sea altamente improbable

### **Tratamiento Médico.**

Existe una buena evidencia para el manejo de la depresión en personas mayores: los antidepresivos son efectivos para las personas con depresión moderada a severa. Las pautas de NICE sugieren que el tratamiento de primera línea debe ser con un ISRS (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina).

Aparte del tratamiento médico se puede usar la terapia cognitiva conductual con buena evidencia de efectividad.<sup>20</sup>

El adulto mayor es una de las personas más vulnerables a enfermar por depresión. Y el hecho de vivir en soledad, tener mala función familiar, o haber recibido daños psicológicos; así como estar hospitalizado o en casa hogar incrementa este riesgo. También tienden a recuperarse más lentamente de los trastornos físicos. Son más propensos a morir, ya sea por el empeoramiento de los trastornos físicos o por el suicidio.

Lo anterior quedó demostrado en el estudio realizado por Velasco y cols., en el año 2014. Quienes en una muestra de 556 adultos mayores encontraron una prevalencia de depresión de 33.27% y como factores asociados los siguientes: A) Familiares: vivir solo, tener mala función familiar, haber sufrido daños psicológicos, estar en un hospital. B) De salud: Peligro de sufrir caídas, difícil cuidado, poca ayuda, realizar adecuaciones de su casa. C) Económicos: Ingresos insuficientes o no tenerlos. D) Sociales: El hecho de tener una educación mínima y no formar parte de alguna asociación.<sup>21</sup>

En otro estudio realizado por M. Sarró-Maluquer y cols. De las 220 personas, 129 (58,6%) son de sexo femenino. Con una media de 111 (50,5%) fueron viudos, 95 (43,2%) casados, y 14 (6,3%) solteros. Con respecto al consumo de fármacos psicótrópos se vio que 97 personas (44,1%) toman alguno de ellos, donde 60(61,8%) toman antidepresivos (27 solos y 33 en combinación), 66 (68,0%) benzodiacepinas (34 solas y 32 en combinación) y 10(10,3%) antipsicóticos (uno solo y 9 en combinación), donde solo 46 pacientes tenían en su historial un diagnóstico anterior de depresión<sup>22</sup>.

Al valorar la existencia de sintomatología depresiva en una población de 539 personas, en el grupo de edad de 65 a 102 años, que habitaban en diferentes hogares para ancianos recibiendo cuidados de salud, se realizó una entrevista clínica, la cual se basó en el eje 1 del DCM-IV, se revisaron los informes familiares de su vida emocional, además las historias clínicas; se encontró que el 13.5% tenían criterios de depresión mayor, el 71% se encontraba experimentando el primer episodio y el 78% su episodio duró más de dos meses<sup>16</sup>.

### III. JUSTIFICACION

El envejecimiento de la población es un evento demográfico que lleva implícito una mayor demanda de servicios de salud por parte de los adultos mayores, presentando las tasas más altas de morbilidad y discapacidad. En los adultos mayores se presentan cuatro discapacidades predominantes: motriz, visual, auditiva y mental. Siendo la depresión la discapacidad mental más frecuente, afectando a 10 % de los pacientes ambulatorios, de 15 a 35 % de los que viven en hogares para ancianos y de 10 a 20 % de los hospitalizados.

Los trastornos psiquiátricos en la persona mayor son frecuentes y alrededor del 90 % de los adultos mayores sufren algún padecimiento de este tipo. <sup>7</sup>

La depresión en los ancianos muestra características especiales y en ocasiones resulta difícil establecer el diagnóstico en este grupo de edad, pues se muestran más interesados por la evolución de sus síntomas físicos, que por su tristeza. En ellos se considera tan normal las ideas de culpabilidad, tristeza, angustia, hasta pensar que es algo normal a esta edad; favoreciendo a subdiagnosticar la depresión, y creer que se le pasara pronto o son achaques de la edad.

Es importante recordar que la depresión en el anciano diagnosticada y tratada correctamente tiene una evolución favorable; y por el contrario en ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento puede complicarse con trastornos somáticos, sobre todo cardiovascular, con el correspondiente riesgo vital para el adulto mayor.

Este trabajo pretende conocer los factores de riesgo para presentar depresión en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de medicina familiar de la UMF 13, obtener esta información permitirá contar con bases para realizar un diagnóstico oportuno.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En los últimos años la pirámide poblacional se ha visto invertida, dado que se ha incrementado la calidad de vida en las personas de 60 años y más; provocando que se viva más. En los últimos años en México se ha dado un incremento de este grupo en la población. Aunado a esto los padecimientos propios de su edad, entre tantos la depresión que es un problema de salud mental que afecta de manera negativa la calidad de vida, incrementado los costos de su cuidado. Alcanza una prevalencia cercana al 12%, siendo más frecuente en personas institucionalizadas y en mujeres. Teniendo como consecuencias ideas de culpabilidad, tristeza, vacío emocional, disminución de las funciones cognoscitivas, y aislamiento social. Llegando a provocar hasta el suicidio. De ahí la importancia de conocer sus factores de riesgo relacionados a desencadenar la enfermedad, para así realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno. Con base en lo anterior, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuáles son los factores de riesgo para la presencia de depresión en el adulto mayor que acude a consulta externa de la unidad de Medicina Familiar No? 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?**

## **V. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores de riesgo para la presencia de depresión en el adulto mayor que acude a consulta externa de la unidad de Medicina Familiar no. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar las variables sociodemográficas de los adultos mayores que acuden a la consulta externa en la UMF 13. (edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación.)
- Identificar tipología familiar de acuerdo con su integración, de los adultos mayores.
- Identificar el grado de depresión de los adultos mayores en el grupo de casos.
- Identificar si los adultos mayores realizan actividad física.
- Identificar presencia de polifarmacia en los adultos mayores.

## VI. HIPOTESIS

- Los factores de riesgo para depresión en el adulto mayor son: vivir solo, padecer alguna enfermedad crónica.
- De la población adulta mayor que acude a la consulta externa son con mayor frecuencia: 70 a 80 años, del sexo femenino, con una escolaridad primaria, jubilado y con apoyo social insuficiente.
- La tipología familiar en la que se encuentran los adultos mayores desintegrada.
- El grado de depresión en el que se encuentran los adultos mayores que acuden a la UMF No13 es la depresión leve.
- Los adultos mayores si realizan alguna actividad física.
- La polifarmacia se encuentra presente en los adultos mayores.



## **VII. METODOLOGIA**

### **Diseño del estudio:**

El estudio es tipo descriptivo, analítico de casos y controles y transversal.

### **Periodo de estudio:**

Del 01 Marzo del 2017 al 01 Diciembre del 2018

### **Periodo de recolección de datos:**

Del 12 de Enero del 2018 al 01 Septiembre del 2018

### **Lugar de estudio:**

Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar Número 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

### **Universo:**

Adultos mayores que acudieron a consulta a la Unidad Médica Familiar Número 13.

### **Tamaño de muestra:**

El muestreo fue por conveniencia no aleatorizado, hasta completar el tamaño de muestra que se estimó mediante la fórmula para encuesta transversal y determinar diferencias en las asociaciones entre grupos expuestos y no expuestos con base en los siguientes criterios estadísticos:

Nivel de confianza deseado de 95% con nivel de significación de 2 colas

Y un poder de 80 % el valor K sería de 6.2

Razón de no expuestos a expuestos: 1:3

Frecuencia esperada en el adulto mayor sin depresión:  $P_1 = 54\%$ <sup>21</sup>

Porcentaje con depresión en el adulto mayor:  $P_2 = 15\%$  <sup>27</sup>

En base a la fórmula para comparar 2 proporciones:

$$n = (0.54 \times 0.46) + (0.14 \times 0.86) (6.2) / (0.54 - 0.14)^2$$

$$n = 0.2484 + 0.1204 (6.2) / 0.16$$

$$n = 2.3088 / 0.16$$

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2)(K)}{(p_1 - p_2)^2}$$

n= 50 del grupo expuesto (con depresión) y 150 del grupo no expuesto (sin depresión).

### **TIPO DE MUESTREO:**

Por conveniencia no aleatorizado, hasta completar el tamaño de muestra.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Criterios de inclusión:**

- Hombres y mujeres igual o mayor de 65 años, que acudan a consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar Número 13 y que deseen participar en el estudio.

### **Criterios de exclusión:**

- Hombres y mujeres igual o mayor de 65 años, que tengan problemas para comunicarse (por hablar otra lengua o tener problemas neurológicos, auditivos o del habla).

### Criterios de eliminación:

- Aquellos que pierdan la derecho habiencia durante el estudio.

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>EDAD</b>	Lapso transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o período que se estima de la existencia de una	Edad en apariencia física	Cuantitativa Discreta	Edad en años
<b>SEXO</b>	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.	Sexo físico valorado al nacimiento hombre, mujer	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino
<b>ESCOLARIDAD</b>	Tiempo en el que el alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Calculada con el último grado aprobado comprendido dentro del esquema oficial de educación formal	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica Licenciatura Postgrado
<b>ESTADO CIVIL</b>	Es la condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.	Se considera como la situación sentimental en la que se encuentre en ese momento.	Cualitativa nominal	Casado (a) o Unión Libre  Separado(a)
<b>OCUPACION</b>	Proviene del latín occupatio y está vinculado al verbo ocupar; sinónimo de trabajo, labor o quehacer.	El hecho de estar empleado, tener un trabajo con remuneración económica.	Cualitativa Nominal	Jubilado Pensionado Activo
<b>TABAQUISMO</b>	Proceso complejo, en el que se origina dependencia física y psicológica del tabaco.	Se considera el hecho de fumar cigarrillos.	Cualitativa Nominal	Fuma No fuma
<b>ALCOHOLISMO</b>	Proceso complejo, en el que se origina dependencia física y psicológica del licor.	Se considera el hecho de ingerir bebidas alcohólicas.	Cualitativa Nominal	Toma licor No toma licor
<b>COMORBILIDAD</b>	Situación en la que un paciente sufre múltiples enfermedades generalmente 3 o más.	Se considera a los pacientes que presenten 3 o más	Cualitativa nominal	Si No

		enfermedades crónicas.		
<b>ACTIVIDAD FISICA</b>	“Conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto energético”.	Se considera realizar ejercicio durante 30 minutos o más 3 veces a la semana.	Cualitativa Nominal	Si No
<b>POLIFARMACIA</b>	Es la utilización de 4 medicamentos o más de manera crónica independientemente de estar indicado por un médico o auto recetado.	Se considera a todo paciente que se encuentre tomando 4 o más medicamentos.	Cualitativa Ordinal	Si No
<b>TIPOLOGIA FAMILIAR</b>	Ejercicio orientado a identificar las características propias de las organizaciones familiares en un contexto, localidad, desarrollo, integración, composición específica.	Se clasificará de acuerdo con la tipología familiar en base a Irigoyen Coria	Cualitativa Nominal	Integrada Semi integrada Desintegrada
<b>DEPRESION</b>	Es un trastorno mental frecuente, que caracterizado por la presencia de tristeza, perdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima.	Presencia de síntomas como tristeza, pérdida de interés y culpa, a través del cuestionario de Yesavage.	Cualitativa Nominal	Depresión leve Depresión moderada Depresión severa

## **Análisis Estadístico.**

Se llevó a cabo el análisis con el programa estadístico, SPSSv 24, se efectuó la estadística descriptiva con frecuencias, medidas de tendencia central y se realizó el cálculo de OR mediante razón de momios con IC al 95%, una significancia estadística de  $p < 0.05$ .

### **DESARROLLO DEL PROYECTO:**

El protocolo se sometió a revisión del comité local de investigación y ética número 3005 del Hospital General de Zona no. 24 de Poza Rico Veracruz el cual fue aceptado y se registró al Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación (SIRELCIS); con el número de registro R-2018-3005-30.

Una vez registrado se giró el oficio correspondiente, para que el director y administrador de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 brindarán las facilidades para la realización de la investigación en el periodo de 7 meses a partir de marzo a septiembre del 2018, el presente proyecto se desarrolló en dos etapas.

**Etapas I:** Se integró el muestro, informando ampliamente a cada derechohabiente previa encuesta, sobre los objetivos de este proyecto y el alcance esperado. Se solicitó el consentimiento informado a los derechohabientes que desearon colaborar, resaltando la importancia de su participación y que esta no tendría ningún riesgo para su salud. El instrumento fue aplicado dentro de las instalaciones de la Unidad Médica Familiar No. 13, por conveniencia a los derechohabientes de 65 y más años, que se encontraron en espera de pasar a los consultorios de la unidad, los datos obtenidos son totalmente confidenciales.

**Etapas II:** Posteriormente se organizó la base de datos y se incluyeron al programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para el análisis de resultados.

## INSTRUMENTOS DE EVALUACION

La recolección de datos estuvo dividida en tres segmentos:

- a) Datos Socio demográficos: En el cual se obtuvieron datos específicos del paciente como lo son la edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación.
- b) Estimación de la depresión en el adulto mayor a través de un Cuestionario para medir la depresión la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage et.al. del cual usare la versión corta que consiste en 15 preguntas con una sensibilidad de 92% y especificidad del 89% creada en 1986, y a continuación se detalla

Esta escala tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar la diligencia por el evaluado.

La escala de GDS se puede usar en personas ancianas que tengan buen estado de salud, que presenten alguna enfermedad o que tengan algún deterioro cognitivo entre leve y moderado. Su uso ha sido extenso en comunidades, en atenciones a corto y largo plazo. Una primera versión de la escala constaba de 30 ítems (GDS-30). Posteriormente, se publicó una versión más corta con 15 ítems (GDS-15) que ha mostrado su utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones.

En la versión pequeña, se han seleccionado las preguntas de la versión completa que relaciona sintomatología depresiva. Donde la presencia de 10 puntos denota depresión cuando se contestan de forma asertiva, y el resto de las preguntas (1, 5, 7, 11 y 13) demuestran depresión al contestarlas de forma negativa. La puntuación de 0-4 se valora como normal, de 5-8 denota depresión leve, de 9-

11 denota depresión moderada; y la puntuación de 12-15 denota depresión severa.

Cabe destacar que la Guía de Práctica Clínica IMSS 194-10, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención, recomienda el uso de esta escala para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor, por tal motivo ya ha sido avalada y usada en nuestro país para realiza otros estudios de investigación.

### **VIII. CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente proyecto de investigación tuvo apego a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de igual forma fue evaluado por el Comité de Ética e Investigación número 3005 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Hospital General de Zona No. 24 de Poza Rico Veracruz donde analizaron su factibilidad y realización.

De acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud en México; publicado en el Diario Oficial el martes 6 de Enero de 1987, En su título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. La presente investigación se consideró sin riesgo de acuerdo con lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 1, Investigación sin riesgo.

Para proteger la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no lleva nombre ni dirección, antes de aplicarlo se brindó una explicación sobre la justificación y objetivos de la investigación, se respondieron dudas y preguntas acerca de la encuesta, beneficios y otros puntos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se formen prejuicios para continuar con su forma de trabajo según las fracciones I, VI, VII y VIII del Artículo 21.

Con respecto al consentimiento informado, se estableció lo determinado en el Artículo 20 del mismo reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, pudo autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, pudo dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”.

Este estudio tiene base en los doce principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Recomendaciones para guiar a los médicos en investigación biomédica en seres humanos” Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Finlandia (1964) y revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, (Tokio 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, (Venecia 1983) y la 41ª Asamblea Médica Mundial (Hong Kong, 1989), 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, (Octubre 1996), 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia (Octubre 2000), Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, (Washington 2002), Nota de Clasificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, (Tokio 2004), 59ª Asamblea General, (Seúl, Corea, Octubre 2008), 64ª Asamblea General, (Fortaleza, Brasil, octubre 2013).



## **IX. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

Los recursos humanos fueron:

- ❖ Médico responsable de la investigación.
- ❖ Un asesor metodológico.
- ❖ Un asesor de contenido.

Los recursos materiales fueron:

- Computadora portátil
- Las instalaciones de la UMF 13 para efectuar las encuestas.
- Un paquete de 200 hojas de encuestas.
- Un paquete de 200 hojas de consentimiento informado.

El financiamiento de este proyecto estuvo a cargo del investigador.

## XI. RESULTADOS

Durante el período de marzo 2018 a septiembre del 2018, se llevó a cabo el estudio de investigación en la Unidad de Medicina Familiar N° 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Donde se realizaron 200 encuestas a la población que cumplió con los criterios de selección y acepto participar en el estudio, de las cuales se encontraron los siguientes resultados:

### a) Características sociodemográficas de los adultos mayores

Con respecto a la **edad**, la mínima fue de 65 años y la máxima de 88 años, con una desviación estándar de +- 4.3 y con una media de 70 años.

Con relación **al sexo** 49% pertenecían al sexo masculino y 51% al sexo femenino.

De acuerdo con la **escolaridad** se encontró que el 34% había estudiado la primaria, el 29.5% la secundaria, el 15% la preparatoria, un 6% con estudios técnicos y un 5.5% con licenciatura, no obstante, el 10% restante sin escolaridad. Así mismo en relación con el **estado civil** encontramos que la mayoría de los entrevistados estaban casados o vivían en unión libre en un 74% y separados, viudos o divorciados solo un 26%.

Al mismo tiempo a lo que respecta la **ocupación**, encontramos que el 82% de los entrevistados no desempeñaban ningún trabajo, distribuyéndose como; jubilados un 44.5%, pensionados un 37.5%, y el 18% restante no recibían pensión alguna por lo que se encontraban activos laboralmente.

Ver tabla 1.

Tabla 1.- Características sociodemográficas de los adultos mayores

VARIABLE	CARACTERISTICA	FRECUENCIA	%
SEXO	MASCULINO	98	49
	FEMENINO	102	51
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	68	34
	SECUNDARIA	59	29.5
	PREPARATORIA	30	15
	TECNICA	13	6
	LICENCIATURA	11	5.5
	SIN ESCOLARIDA	19	10
ESTADO CIVIL	CASADO(A) O UNION LIBRE	148	74
	SEPARADO	52	26
OCUPACION	JUBILADOS	75	44.5
	PENSIONADOS	89	37.5
	ACTIVOS	36	18

Fuente: Hoja de recolección de datos, factores de riesgo para depresión en el adulto mayor, UMF 13

### b) Tipología familiar en el adulto mayor

Así como la tipología familiar de acuerdo con su integración según Irigoyen Coria, se identificó un predominio de la familia integrada con 79.5%.

Ver tabla 2.

Tabla 2.- Tipología familiar en el adulto mayor

VARIABLE	CARACTERISTICA	FRECUENCIA	%
----------	----------------	------------	---

TIPOLOGIA FAMILIAR	INTEGRADA	159	79.5
	SEMIINTEGRADA	0	0
	DESINTEGRADA	41	20.5

Fuente: Hoja de recolección de datos, factores de riesgo para depresión en el adulto mayor, UMF 13

**c) Grado de depresión reportado en los adultos mayores en el grupo de casos.**

De acuerdo con el tamaño de la muestra, nuestros casos (adultos mayores con depresión) se clasificaron de acuerdo con el grado de depresión encontrando los siguientes resultados: el mayor número reportado fue en depresión leve con 40 casos, seguido de depresión moderada con 10 casos, en depresión severa no se encontró ningún caso. Ver tabla 3.

Tabla 3. Distribución del grado de depresión en el adulto mayor en el grupo de casos

GRADO DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	%
Depresión leve	40	80%
Depresión moderada	10	20%
Depresión severa	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos, factores de riesgo para depresión en el adulto mayor, UMF 13

**d) Actividad física realizada por los adultos mayores**

Además, cabe mencionar que se observó que el 75% de los adultos mayores entrevistados no realizaban ninguna actividad física, y tan solo un 24.5% realizaban caminata. Ver tabla 4.

Tabla 4. Actividad física realizada por los adultos mayores.

VARIABLE	CARACTERISTICA	FRECUENCIA	%
ACTIVIDAD FISICA	CAMINATA	49	24.5
	NINGUNA	151	75.5

	TOTAL	200	100
--	-------	-----	-----

**Fuente:** Hoja de recolección de datos, factores de riesgo para depresión en el adulto mayor, UMF 13

### e) Polifarmacia presente en los adultos mayores

Igualmente encontramos presencia de polifarmacia tan solo en un 48.5% de los adultos mayores, el resto de los entrevistados sin presentar polifarmacia en 51.5%. Ver tabla 5.

Tabla 5.- Polifarmacia presente en los adultos mayores.

VARIABLE	CARACTERISTICA	FRECUENCIA	%
POLIFARMACIA	SI	97	48.5
	NO	103	51.5
	TOTAL	200	100

**Fuente:** Hoja de recolección de datos, factores de riesgo para depresión en el adulto mayor, UMF 13

### f) Factores de riesgo para el desarrollo de depresión en el adulto mayor.

Al realizar el análisis estadístico sobre los factores de riesgo para que los adultos mayores desarrollen depresión, se observó asociación positiva de riesgo en los entrevistados con hábito de fumar con 14.94 de OR (IC 95% 7.51-29.69), quienes toman bebidas alcohólicas con OR de 8.9 (IC 4.7-16.6).

Además de estos se observó asociación positiva de riesgo quienes presentaron comorbilidades; como diabetes mellitus 2 con un OR 2.7 (IC 1.6-4.6), hipertensión arterial con OR de 2.3 (IC 1.3-3.8). Ver tabla 6.

Tabla 6. Factores de riesgo para depresión

VARIABLE	CARACTERISTICA	CON DEPRESION	SIN DEPRESION	OR	IC 95%
FUMADOR	SI	42	10	14.94	7.51-29.69
	NO	8	140		
ALCOHOLICO	SI	40	22	8.9	4.7-16.6
	NO	10	128		
DIABETES	SI	35	57	2.7	1.6-4.6
	NO	15	93		
HIPERTENSION ARTERIAL	SI	34	62	2.3	1.3-3.8
	NO	16	88		

Fuente: Hoja de recolección de datos, factores de riesgo para depresión en el adulto mayor, UMF 13

### g) Variables sin factores de riesgo

Por otra parte se demostró que no existió diferencias estadística como factor de riesgo con respecto al sexo ni el estado civil, mostrando un OR de 0.8 respectivamente, de este modo no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la escolaridad y el riesgo de desarrollar depresión (OR 0.4), de igual forma para aquellos que trabajan con un OR de 0.5; además de esto no se observó asociación de riesgo en cuanto a la tipología familiar con una diferencia estadística no significativa (OR 0.4); llama la atención como la actividad física realizada fue menor en los casos que en los controles, sin presentar diferencia estadística significativa (OR 0.5). Al igual que la anterior, la polifarmacia (OR 0.1) no presento diferencia estadística significativa. Cabe mencionar que los valores abajo expuestos se transformaron a bivariados para poder realizar el OR.

Ver tabla 7.

Tabla 7. Muestra características de los factores sin riesgo

VARIABLE	CARACTERISTICA	CON DEPRESION	SIN DEPRESION	OR	IC 95%
SEXO	FEMENINO	27	75	0.8	0.54-1.4
	MASCULINO	23	75		
ESTADO CIVIL	CASADO O UNION LIBRE	35	113	0.8	0.4 – 1.3
	SEPARADO	15	37		
ESCOLARIDAD	SI	40	141	0.4	0.25–0.39
	NO	10	9		
OCUPACION	SI	5	31	0.5	0.21–1.18
	NO	45	119		
TIPOLOGÍA FAMILIAR	INTEGRADA	35	124	0.4	0.2 – 1.0
	DESINTEGRADA	15	26		
ACTIVIDAD FISICA	SI	8	41	0.5	0.2 – 1.1
	NO	42	109		
POLIFARMACIA	SI	44	53	0.1	0.5 – 0.2
	NO	6	97		

Fuente: Hoja de recolección de datos, factores de riesgo para depresión en el adulto mayor, UMF 13

## **XI. DISCUSION**

La depresión en el adulto mayor es un grave problema de salud, de atención y detección médica en el primer nivel, por lo que estudiar los factores de riesgo asociados tienen vigencia si tenemos en cuenta que todavía la evidencia sobre muchos de los factores invocados es insuficiente. Nuestro estudio en un contexto étnico tal vez diferente al de la mayoría de los realizados hasta ahora, corrobora las hipótesis sobre algunos factores, pero no las de otros.

El interés de realizar esta investigación parte del aumento en la calidad de vida, que tiene como consecuencia un aumento en la senectud de las personas, y donde el desgaste físico y cognitivo son característicos en esta etapa de la vida, con grandes modificaciones a nivel psicosocial.

En el estudio realizado en la Habana Cuba en el año 2015 por Haydeé Mabel Llanes Torres, tuvo mayor representatividad con respecto a la edad el grupo de de 75-79 años, muy similar al nuestro donde la media es de 70 años, por cierto demostró mayor representatividad el sexo femenino, comparándolo con nuestro estudio el cual muestra gran similitud pues el sexo predominante con depresión fue el femenino, además el temor a la muerte, la violencia psicológica, fueron factores que no consideramos en nuestro estudio, la viudez fue un factor en el cual nuestro estudio no se muestra riesgo con parado con el de ellos donde si lo hay, los hábitos tóxicos al igual que el nuestro es un factor de riesgo considerable. Con respecto al grado de depresión el cual demostraron depresión establecida, nuestros resultados arrojaron depresión leve. (25)



En el estudio realizado en México en el año 2018 por Perla Vanessa de los Santos, donde se encontró de nueva cuenta que el sexo femenino es un factor de riesgo, de este modo la escolaridad (sin escolaridad) y el estado civil (solteros, viudos, separados) fueron factores de riesgo potentes, a diferencia de nuestro trabajo donde no presentaron diferencia significativa; por otro lado observaron que aquellos que trabajan tienen mayor probabilidad de tener depresión, contrario a nuestro estudio donde no muestra significancia estadística; las comorbilidades también fueron un papel significativo en su estudio muy similar al nuestro; la poli farmacia solo estuvo presente en un 35.4% sin valor significativo al igual que en nuestro estudio; cabe destacar que encontraron a la actividad física como una función protectora frente a la depresión. (26)

Dentro de las limitaciones del estudio hay que destacar que probablemente debido a que el tamaño de la muestra es pequeño se pudo no encontrar significación estadística entre las variables donde si pudiera existir.

Es ahí que diferíamos con otros estudios similares, en cuanto a los factores de riesgo relacionados, y otros factores los cuales no consideramos para realizarlo; de igual forma es de suma importancia tomar en cuenta la similitud encontrada en dos distintos estudios con el nuestro respecto a las enfermedades crónicas y el sexo para que los adultos mayores desarrollen depresión.

## **XII. CONCLUSIONES**

Las personas al llegar a la senectud se encuentran expuestas a muchos factores de riesgo para tener algún síntoma depresivo al llegar a esta época de su vida. En este entorno, el presente estudio evidencio 80% de los casos en depresión leve y un 20 % en depresión moderada.

Se concluyó que son múltiples los factores que influyen en la depresión del adulto mayor; nuestros hallazgos confirman que los principales factores de riesgo para que los adultos mayores desarrollen depresión es el hecho de que fumen, ingieran licor, además de presentar comorbilidades tales como diabetes mellitus 2, hipertensión arterial. Todo lo anterior de vital importancia ya que en su gran mayoría las personas a esa edad presentan ese tipo de padecimientos.

De forma particular la depresión geriátrica simboliza una gran carga para cada paciente, sus familias y las instituciones donde acuden a su atención. Concretamente, es necesario entender el envejecimiento como fenómeno social, que lleven a replantear los objetivos para satisfacer la demanda social de servicios de salud de las personas adultas mayores. Esto favorecería el diseño de políticas públicas, sociales y de salud dirigidas a la atención integral de la población mayor en la salud emocional y, con ello, salvaguardar el derecho humano a la salud en general.

Los resultados de este estudio son útiles para la planificación de las estrategias con los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad que acuden a consulta a la UMF 13, además de la valoración integral del adulto mayor en cada uno de sus consultorios y de ser posible en todas las unidades pertenecientes al

Instituto; con el fin de generar intervenciones que puedan mejorar su bienestar y calidad de vida.

### **XIII. PROPUESTAS**

- ✓ Por tal motivo es útil la planificación de las estrategias, como el hecho de aplicar una escala para detección de depresión a todos los adultos mayores que acuden a consulta a la UMF 13 por lo menos una vez al año.
- ✓ Una vez detectados casos sospechosos canalizarlos a trabajo social y psicología de ser posible a psiquiatría; para que inicien su tratamiento médico.
- ✓ Además, gestionar la implementación del programa Geriatrimss en la unidad, para favorecer el envejecimiento saludable e Implementar una atención integral del Adulto Mayor y capacitar en el área de Geriatría a los diferentes profesionales de la salud que intervienen en la atención del Adulto Mayor.

#### XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Oxford living. Dictionaries. [Internet], [Actualizado 2017, citado 09 de mayo del 2017]. Disponible en: <http://es.oxforddictionaries.com/definicion/envejecimiento>
2. OMS. net[internet]. OMS/envejecimiento y salud [Actualizado 2017, citado 09 de Mayo del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
3. Lugo R A. El Envejecimiento desde un enfoque molecular. Instituto de Geriatria. [Internet]. [Citado 12 de Mayo del 2017] disponible en: [www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu1/nuestras\\_publicaciones.html](http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu1/nuestras_publicaciones.html)  
<http://www.inger.gob.mx:8000/acervo/pdf/01.pdf>
4. González C A. Demografía Del Envejecimiento: Argumentos, Problemas, Temas No Cubiertos Y Horizontes De Investigación En México. Instituto de Geriatria. [Internet]. [Citado el 20 de Mayo del 2017] Disponible en: [www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu1/nuestras\\_publicaciones.html](http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu1/nuestras_publicaciones.html)  
<http://www.inger.gob.mx:8000/acervo/pdf/27.pdf>
5. Denisse GK, Envejecimiento demográfico de México: análisis comparativo entre las entidades federativas. [internet], [Actualizado 2015, citado 09 de Mayo del 2017] disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Envejecimiento\\_demografico\\_en\\_Mexico](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Envejecimiento_demografico_en_Mexico)
6. OMS. net[internet]. OMS/depresión [Actualizado 2017, citado 19 de Abril del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
7. Milanović S M, Erjavec K, Poljičanin T, Vrabec B, Brečić P. Prevalence Of Depression Symptoms And Associated Socio-Demographic Factors In Primary Health CARE PATIENTS. Psychiatria Danubina. [Internet]. 2015 [citado 20 de Mayo del 2017]; 27,( 1), 31-37. Disponible en:

[http://scholar.google.com.mx/scholar\\_url?url=https://www.researchgate.net/profile/Tamara\\_Poljicanin2/publication/273323186\\_Prevalence\\_of\\_depression\\_symptoms\\_and\\_associated\\_sociodemographic\\_factors\\_in\\_primary\\_health\\_care\\_patients/links/56555b0408aeafc2aabc48f1.pdf&hl=es&sa=X&scisig=AAGBfm30wACgj5shJlaUpM96YpGN5zP9sw&nossl=1&oi=scholar&ved=0ahUKEwiZpK-I3lfUAhVn7oMKHT6QCwQQgAMllygAMAA](http://scholar.google.com.mx/scholar_url?url=https://www.researchgate.net/profile/Tamara_Poljicanin2/publication/273323186_Prevalence_of_depression_symptoms_and_associated_sociodemographic_factors_in_primary_health_care_patients/links/56555b0408aeafc2aabc48f1.pdf&hl=es&sa=X&scisig=AAGBfm30wACgj5shJlaUpM96YpGN5zP9sw&nossl=1&oi=scholar&ved=0ahUKEwiZpK-I3lfUAhVn7oMKHT6QCwQQgAMllygAMAA)

8. Trastornos depresivos, American Psychiatric Association □ Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 5th Ed. EEUU. 2013, p. 103-127 [citado 30 de Abril del 2017].

9. Asensio Vp, Salido Cc, Anso Bi, Rodríguez Mg, Roces Fa, Gutiérrez Mmg, “Et Al”. Manual De Codificación CIE-10-ES DIAGNÓSTICOS. Décima edición. España. 2016 [citado 02 de Mayo del 2017].

10. World Federation for Mental Health. Depression: A Global Crisis. World Mental Health Day, October 10 2012. [internet]. 2012 [Citado 16 de Mayo del 2017]. Disponible en:

[www.who.int/mental\\_health/management/depression/wfmh\\_paper\\_depression\\_wmhd\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf)

11. Rockville, MD. The Treatment of Depression in Older Adults: *Depression and Older Adults: Key Issues*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [Internet]. U.S. Department of Health and Human Services 2011. [ Citado 18 de Mayo del 2017] SMA-11-4631. Disponible en:

<https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA11-4631CD-DVD/SMA11-4631CD-DVD-KeyIssues.pdf>

12. Rodríguez BL, Sotolongo AO, Luberta NG, Marina CR. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". Revista Cubana de Medicina General Integral [internet]. 2013 [citado 19 de Abril del 2017]; 29(1):64-75. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v29n1/mgi09113.pdf>

13. Segura A, Cardona D, Segura A, Garzón M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012 Rev. Salud pública [internet]. 2014 [citado 15 de Abril del 2017] 17 (2): 184-194. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a03.pdf>

14. Douglas C. depresión en el adulto mayor. INGER [internet]. [citado el 15 de Abril del 2017]; publicaciones del Instituto Nacional de Geriátria. Disponible en: [http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu1/nuestras\\_publicaciones.html](http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu1/nuestras_publicaciones.html) <http://www.inger.gob.mx:8000/acervo/pdf/24.pdf>
15. Palazzolo J. Cognitive-Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in the Elderly. Annals of Depression and Anxiety. [Internet]. 2015 [citado 19 de Mayo del 2017]; 2(6): 1063. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TCHqH8E0fJwJ:austinpublishinggroup.com/depression-anxiety/download.php%3Ffile%3Dfulltext/depression-v2-id1049.pdf+%&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>
16. Ronald T, Vargas J, Murcia S, Gaitán N, Umbarila D, Sarmiento K. Depresión mayor en adultez tardía: factores causales y orientaciones para el tratamiento. Rev. Van Psicología [internet]. 2014 [citado 15 de Abril del 2017]4(2):147-153. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WwrSi2cFY78J:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815168.pdf+%&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>
17. Ugalde O, guía clínica para el tratamiento de los trastornos psicogeriatricos. Instituto de nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. [internet]. 2010 [citado 08 de mayo del 2017] Disponible en: [www.centropsicologicomca.es/articulos/tx\\_trastornos\\_psicogeriatricos.pdf](http://www.centropsicologicomca.es/articulos/tx_trastornos_psicogeriatricos.pdf)
18. Lyons D. Luanaigh C. Dowd C. Gallagher J. depression in later life, a guide for the older person & their families. [Internet]. [Citado el 12 de Mayo del 2017]. Disponible en: [http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/ccsmh\\_depressionBooklet.pdf](http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/ccsmh_depressionBooklet.pdf)
19. Tello RT, D. AR, Vizcarra ED. Salud Mental En El Adulto Mayor: Trastornos

Neurocognitivos Mayores, Afectivos Y Del Sueño. Rev Peru Med Exp Salud Pública. [internet] 2016 [citado 13 de mayo del 2017] 33(2):342-50. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n2/a21v33n2.pdf>

20. Chew G C, Champion J, Kaiser P, Edwards K. Management of depression in older people: why this is important in primary care. [internet]. 2011 [citado 20 de Mayo del 2017]. Disponible en: [http://www.psige.org/public/files/NMH\\_10095\\_OPMH%20%26%20depression\\_5.pdf](http://www.psige.org/public/files/NMH_10095_OPMH%20%26%20depression_5.pdf)

21. Velasco V, Contreras RG, Alemán J, Rodríguez C, Córdova S, Suarez G. Depresión En El Adulto Mayor Y Factores Relacionados. Interpsiquis [internet]. 2014[citado 19 de Abril del 2017]; 15º congreso virtual de psiquiatría.com. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/62/38/54/6238547443165865989105993544673060015>

22. Sarró M, Ferrer F, Rando M, Formigacy S, Rojas F. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. Semergen. [Internet] 2013, [citado 18 de Junio del 2017] 39(7):354---360. Disponible en: [www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-pdf-S1138359313000178-S300](http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-pdf-S1138359313000178-S300)

23. Kurlowicz L, Greenberg S. La escala de depresión geriátrica, New York University College of Nursing. [Internet] 2007, [citado 15 de Abril del 2017] disponible en: <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4-spanish.pdf>

24. Castro L, Ramírez Z, Aguilar M. Díaz A. Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. Rev. Neulología, neurocirugía y psiquiatría [internet] 2006. [citado en Mayo del 2017]. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp064b.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp064b.pdf)

25. Llanes H, López Y, Luis J. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Rev. Ciencias Médicas la Habana [internet] 2015. [citado en Diciembre del 2018] disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2015/cmh151h.pdf>
26. Santos P, Carmona S, Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Rev. Población y Salud en Mesoamérica, Volumen 15, número 2, Artículo 5, enero-junio 2018 [internet] 2018 [citado en Diciembre del 2018] disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>
27. Chavez M, Ara M, Gutiérrez C, Nolberto V, Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina. [internet] 2017 [citado en Diciembre del 2018] disponibles en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n4/a04v78n4.pdf>
28. Ángel V, Bedoya L, Correa E, Villada J, Riesgo De Depresión Y Factores Asociados En Adultos Mayores Institucionalizados En La Red De Asistencia Social Al Adulto Mayor. Departamento De Salud Pública Universidad Ces. [internet] 2015 [citado en Diciembre del 2018] disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4439/2/Riesgo\\_Depresion\\_Adultos\\_Mayores.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4439/2/Riesgo_Depresion_Adultos_Mayores.pdf)
29. Valdés M, González J, Mansur A, Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Rev. Cubana de Medicina General Integral [internet] 2017 [citado en Diciembre del 2018] disponible en: [http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n4/a01\\_296.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n4/a01_296.pdf)



## XV. ANEXOS

### ANEXO 1

### Cronograma de Actividades

Actividad y fecha	2017					2018			2019			2020	
	Mar	Abr	May	Jun-Ago	Sep-Dic	Ene-mar	Mar junio	Julio dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Dic	Ene-Feb	Mar
Delimitación del tema													
Planteamiento del problema													
Recuperación, revisión y selección de bibliografía													
Elaboración del protocolo													
Presentación y revisión por el comité de investigación													
Aplicación de encuestas, Recolección y tabulación de datos													
Análisis estadístico y resultados													
Elaboración de reporte final													
Presentación final													
Otras actividades (difusión y/o publicación)													

## ANEXO 2



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A CONSULTA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 13 DE TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS</b>
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	UMF 13 Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas.
Número de registro:	R-2018-3005-30
Justificación y objetivo del estudio:	Este trabajo pretende conocer los factores de riesgo para presentar depresión en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de medicina familiar de la UMF 13, obtener esta información permitirá contar con bases para realizar un diagnóstico oportuno
Procedimientos:	Se realizara una encuesta ex profeso se analiza y determina factores de riesgo para depresión
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detección de casos en riesgo de depresión para ser canalizados a atención oportuna.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al termino del estudio mediante presentación de resultados en un foro de investigación y posiblemente un artículo.
Participación o retiro:	Voluntario
Privacidad y confidencialidad:	Si

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable: Dr. Luis Ernesto Balcázar Rincón/ Dr. René Palacios Garnica

Colaboradores: Dra. Yunis Lourdes Ramírez Alcántara

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

Nombre y firma del sujeto

Dr. René Palacios Garnica

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013



## Anexo 3: Instrumento de recolección de datos



Instituto Mexicano del Seguro Social  
Coordinación Delegacional de Investigación Médica  
Unidad de Medicina Familiar Número 13  
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Buenos días; el presente cuestionario lo estoy realizando con el fin de detectar síntomas de depresión en personas de la tercera edad, no tiene fines de lucro y los datos recabados serán confidenciales, lo estoy realizando para investigar los factores de riesgo relacionados con esta enfermedad, y le solicito si está usted de acuerdo responda a las siguientes preguntas.

Datos Generales:

Sexo:	Masculino ( )	Femenino ( )
Edad:		
Estado civil:	Casado(a) ( )	Soltero(a) ( ) Viudo(a) ( )
	Unión libre ( )	Separado(a) ( ) divorciado(a) ( )
Trabaja actualmente:	Si ( )	No ( )
Jubilado:	Si ( )	No ( )
pensionado:	Si ( )	No ( )
Fuma:	Si ( )	No ( )
Toma licor:	Si ( )	No ( )
Realiza ejercicio:	Si ( )	No ( )

Con que frecuencia:	
Que tipo:	
¿Actividad recreativa que realice?	
Escolaridad: Primaria ( ) Secundaria ( ) Preparatoria ( ) Técnica ( ) Licenciatura ( ) Otra:	
Usted vive: solo(a) ( ) Conyugue ( ) Hijo(s) ( ) Hermano(as) ( ) Otros familiares ( ) Otras personas ( ) Otra:	
La casa donde vive es: Propia ( ) Rentada ( ) Prestada ( ) Otra:	
¿Padece enfermedades? Si ( ) ¿Cuántas?	No ( )
¿Toma medicamentos? Si ( ) ¿Cuántos?	No ( )
Domicilio:	

ANEXO 4

## Escala de depresión geriátrica (EDG)

Instrucciones: Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido la última semana.

1. ¿Está satisfecho con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	Sí	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	Sí	No
5. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo vaya a ocurrirle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Se siente impotente con frecuencia?	Sí	No
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer otras actividades?	Sí	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas?	Sí	No
11. ¿Le parece maravilloso estar vivo en este momento?	Sí	No
12. ¿Se siente inútil tal como está ahora?	Sí	No
13. ¿Se siente lleno de energía?	Sí	No
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	Sí	No

15. ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?	Sí	No
---	----	----