



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 82

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

“PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR EN LA  
UMF NO. 82 ZAMORA, MICHOACÁN”

# TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CRISELENA DÍAZ DE LEÓN CORTÉS

ASESOR DE TESIS

DR. JOSÉ JORGE TORRIJOS ZAVALA  
PROFESOR TITULAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 82

CO-ASESOR DE TESIS

MARYSOL PARTIDA VALENCIA  
MÉDICO FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 82

CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MICHOACÁN  
Número de Registro ante el Comité de Ética e Investigación: R-2022-1602-011

ZAMORA, MICHOACÁN. MÉXICO FEBRERO DE 2024

---



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80**



**Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui.**  
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional.

**Dr. Gerardo Muñoz Cortés.**  
Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud.

**Dra. Wendy Lea Chacón Pizano.**  
Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud.

**Dr. Eduardo Vega Espinosa.**  
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 82.

**Dr. Andrés E. Olalde Gil.**  
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud.

**Dr. José Jorge Torrijos Zavala.**  
Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar UMF 82.

---



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



**Dr. Víctor Hugo Mercado Gómez**

Director General de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chávez.  
UMSNH

**Dra. Martha Eva Viveros Sandoval.**

Jefa del Departamento de Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr.  
Ignacio Chávez.  
UMSNH

**Dr. Cleto Álvarez Aguilar**

Coordinador del Programa de Especialidad en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias  
Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chávez.  
UMSNH

---

## AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social que por medio de la unidad de medicina familiar No. 82 me abrió las puertas para formar parte de esta gran institución, que me brindo y me dio los medios para formar al Médico Familiar que ahora soy.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, máxima casa de estudios de la que ahora orgullosamente formo parte.



## DEDICATORIA.

Dedicado a las personas que nunca me han fallado: Mi Familia, mis hijas, mi madre, mis hermanos, las verdaderas amistades, a las personas que se han quedado en mi vida a pesar de las adversidades y a las que se han retirado, sobre todo a las personas que me ayudaron a seguir creyendo en mí cuando creí que ya no podía continuar, gracias de todo corazón por ser mi fortaleza, ustedes saben quiénes son...Los quiero...

---

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>1</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>2</b>
<b>ABREVIATURAS</b> .....	<b>3</b>
<b>GLOSARIO</b> .....	<b>4</b>
<b>RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>7</b>
Depresión.....	8
Epidemiología.....	9
Factores de Riesgo.....	10
Depresión en la Tercera Edad.....	11
Fisiopatología .....	12
Clasificación de la Depresión .....	13
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>17</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>19</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
<b>HIPÓTESIS</b> .....	<b>20</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>20</b>
Diseño del estudio .....	20
Lugar del estudio .....	20
Universo/Población del estudio.....	21
Tamaño de la Muestra .....	21

---

Criterios de Selección.....	23
Cuadro de operalización de las variables .....	24
Descripción operativa del estudio .....	27
Análisis estadístico .....	28
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....</b>	<b>28</b>
<b>RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD .....</b>	<b>29</b>
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....</b>	<b>30</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>39</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>40</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>41</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>49</b>
Hoja de registro ante el Comité de Investigación.....	49
Hoja de Autorización.....	50
Consentimiento Informado .....	51
Instrumento de recolección de datos .....	54
Instrumentos y encuestas .....	55

---

## I.- RESUMEN.

### “Prevalencia de Síntomas Depresivos en el Adulto Mayor en la UMF 82 Zamora “

**INTRODUCCIÓN.** La vejez es un periodo crítico de la vida que conlleva una serie de situaciones como la jubilación, la pérdida de seres queridos, el abandono de los hijos, enfermedades crónicas, proximidad de la muerte, todo esto produce reacciones afectivas negativas, como la depresión y la consecuencia más seria de dicha enfermedad es el suicidio.

**OBJETIVOS.** Determinar la Prevalencia de Síntomas Depresivos en el adulto mayor en la UMF 82 Zamora, Michoacán.

**MÉTODOS.** Estudio Observacional, Transversal, Descriptivo el cual se llevó a cabo en la UMF 82 de Zamora, Michoacán con la participación total de 373 adultos mayores de 60 a 75 años de edad, hombres y mujeres, esto en base al cálculo de la fórmula de población finita. Se les aplicó el instrumento de tamizaje escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems. Llevando a cabo análisis Cuantitativo, Descriptivo, obteniendo porcentajes, se utilizó el programa SPSS versión 23 y se realizó la prueba de chi cuadrada con nivel de significancia p mayor 0.05. Número de Registro ante el Comité de Ética e Investigación: R-2022-1602-011.

**RESULTADOS.** Se estudiaron a un total de 373 adultos mayores de los cuales observamos una prevalencia de 49.87% (N=186) con síntomas depresivos de los cuales 28.69% (N=107) corresponden a síntomas de depresión leve, 12.06% (N=45) a síntomas de depresión moderada y 9.12% (N=34) síntomas de depresión grave, 50.13% (N=187) sin datos de síntomas depresivos. Los factores asociados a los síntomas depresivos fueron tener primaria incompleta, estar casado, ser mujer, edad de 70 a 75 años y tener Diabetes Mellitus con Hipertensión Arterial.

**CONCLUSIONES.** La prevalencia en la UMF 82 de Zamora Michoacán es de 49.87%. Ambas variables tanto depresión como adulto mayor son independientes.

**PALABRAS CLAVE.** Depresión, adulto mayor, Yesavage, prevalencia.

## II.- SUMMARY.

### "Prevalence of Depressive Symptoms in the Elderly at UMF 82 Zamora"

**INTRODUCTION.** Old age is a critical period of life that entails a series of situations such as retirement, loss of loved ones, abandonment of children, chronic illnesses, proximity of death, all of which produces negative affective reactions, such as depression and the most serious consequence of this disease is suicide.

**GOALS.** To determine the prevalence of depressive symptoms in the elderly at UMF 82 Zamora, Michoacán.

**METHODS.** Observational, Cross-sectional, Descriptive Study which was carried out at the UMF 82 of Zamora, Michoacán with the total participation of 373 adults over 60 to 75 years of age, men and women, this based on the calculation of the population formula finite. The 15-item Yesavage geriatric depression scale screening instrument was applied. Carrying out Quantitative, Descriptive analysis, obtaining percentages, the SPSS version 23 program was used and the chi-square test was performed with a significance level  $p$  greater than 0.05. Registration number before the Ethics and Research Committee: R-2022-1602-011

**RESULTS.** A total of 373 older adults were studied, of whom we observed a prevalence of 49.87% (N=186) with depressive symptoms, of which 28.69% (N=107) correspond to symptoms of mild depression, 12.06% (N=45) to symptoms of moderate depression and 9.12% (N=34) symptoms of severe depression, 50.13% (N=187) without data on depressive symptoms. The factors associated with depressive symptoms were having incomplete primary school, being married, being a woman, aged 70 to 75 years, and having Diabetes Mellitus with Arterial Hypertension.

**CONCLUSIONS.** The prevalence in the UMF 82 of Zamora Michoacán is 49.87%.

Both depression and the elderly, are independent.

**KEYWORDS.** Depression, elderly, Yesavage, prevalence.

### **III.- ABREVIATURAS.**

**CIE.** Clasificación Internacional de Enfermedades.

**Covid-19.** Enfermedad causada por coronavirus.

**DM2.** Diabetes Mellitus Tipo 2

**DSM-5.** Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5ta. Edición.

**EVC.** Evento Vascular Cerebral.

**HAS.** Hipertensión Arterial Sistémica.

**TCE.** Traumatismo Craneoencefálico.

**INAPAM.** Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

**INEC.** Instituto Nacional de Estadística y Censos.

**OMS.** Organización Mundial de la Salud

**SABE.** Salud, bienestar y envejecimiento.

**SPSS.** Statistical Package for the Social Sciences. Página estadística para las ciencias sociales.

#### **IV.- GLOSARIO.**

**PREVALENCIA.** Proporción de individuos de un grupo o una población, que presentan una característica o evento determinado.

**DEPRESIÓN.** 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.

**ADULTO MAYOR.** Toda persona mayor de 60 años, a los cuales también se les llama de la tercera edad, se dividen en edad avanzada de 60 a 74 años, viejos o ancianos de 75 a 89 años, grandes viejos o longevo de 90 a 99 años, centenarios más de cien años.

## V.- RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS.

Tabla I. Variables Independientes.....	31
Tabla II. Enfermedades Crónicas.....	33
Tabla III. Chi Cuadrada.....	37
Tabla IV. Alfa de Cronbach.....	38
Figura 1. Género de Participantes.....	34
Figura 2. Edad de los Participantes.....	35
Figura 3. Porcentajes de Escala de Yesavage.....	36

## VI. INTRODUCCIÓN.

La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, no se reconoce ni se recibe tratamiento, es un estado de ánimo triste, una alteración del humor, en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser. El paciente deprimido pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas; junto a la tristeza aparecen otra serie de síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican más la vida del paciente deprimido, interfiriendo gravemente en la calidad de la misma.

Además, la depresión puede afectar al funcionamiento cognitivo, sobre todo a la capacidad de concentración y a la memoria, dificultando la evaluación. El deterioro cognitivo muchas veces ya está presente previamente en el anciano deprimido, lo que hace más difícil dicho reconocimiento, y complica, en no pocas ocasiones, la evolución del síndrome. La posible patología somática asociada, los factores de riesgo vascular y el más frecuente consumo de fármacos son otros de los factores que contribuyen a que el síndrome depresivo del anciano adquiera unas peculiaridades especiales que hay que tener en cuenta.

## VII. MARCO TEÓRICO.

La vejez es un proceso fisiológico del ser humano donde se producen cambios físicos, psicológicos y sociales. El envejecimiento es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable; se suele decir que ésta etapa inicia a partir de los 60 a 65 años. En estos procesos hay cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales, los cuales son naturales e inevitables; presentan disminución de la memoria, fluidez verbal, lógica matemática, eficiencia y rapidez de análisis. Envejecer no es sinónimo de enfermedad o discapacidad, pero es una etapa de la vida que ha sido cargada de preconceptos sociales que afectan a las personas. <sup>(1)</sup>

Podemos clasificar a la vejez como normal, patológica o con éxito. El envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar, la transición demográfica ha ocasionado aumento del número de adultos mayores, los cuales presentan deterioros propios de la edad, entre ellos hay problemas de salud mental, siendo el más frecuente la depresión; la cuál a diferencia de la población más joven se presenta con datos de somatización de enfermedades así como con insomnio, irritabilidad, abatimiento funcional y alteraciones cognoscitivas. <sup>(2)</sup>

La depresión en la vejez tiende a ser crónica y recurrente; debido a la presentación clínica que presenta es difícil hacer el diagnóstico, la consecuencia más seria de dicha enfermedad es el suicidio. <sup>(3)</sup>

Es por lo tanto una enfermedad psiquiátrica muy frecuente en la población, la gran mayoría de los pacientes de atención primaria la presentan, sin embargo, son pocos los que hablan de los síntomas de dicho padecimiento con su médico tratante. La depresión puede somatizarse haciendo que sea más difícil detectarla, dando síntomas como cefalea, lumbalgia o dolores crónicos. Los pacientes que tienen síndromes depresivos pueden tener síntomas del estado de ánimo, cognitivos, neurovegetativos o somáticos. Las presentaciones del estado de ánimo incluyen tristeza, angustia emocional, entumecimiento

emocional, ansiedad o irritabilidad. Los síntomas neurovegetativos incluyen disminución de energía, modificaciones en el sueño, el apetito o el peso. Algunas poblaciones de pacientes tienen más posibilidad de presentar síntomas somáticos como cefalea, dolor abdominal o pélvico, lumbalgia u otras afecciones que impiden el diagnóstico de depresión. Las poblaciones en las que estos síntomas están presentes es en mujeres embarazadas, adultos mayores, personas en la cárcel, algunas etnias culturales, pacientes con bajos ingresos y pacientes con enfermedades coexistentes <sup>(4,5)</sup>. Una de las razones de la falta de comunicación ante el personal de salud de dicha enfermedad es debido a que está muy estigmatizada, no se cree que sea una enfermedad verdadera sino más bien se le considera una enfermedad personal; los pacientes se preocupan por la indicación de medicamentos antidepresivos o la canalización hacia médico psiquiatra. <sup>(6)</sup>

Al no identificar la depresión y no darle el tratamiento específico, los pacientes van a presentar un descenso importante en la calidad de vida, teniendo también un alto riesgo de suicidio <sup>(7)</sup>. Si el paciente presenta una enfermedad crónica, los resultados de mejoría de dicha enfermedad son menores al padecer depresión. <sup>(8)</sup>

Al presentar depresión hay un aumento de mortalidad, en comparación con personas no deprimidas. <sup>(9)</sup>

### **Depresión.**

De acuerdo al DSM-5 la depresión mayor es “Un síndrome o episodio depresivo caracterizado por 5 o más de los siguientes síntomas, estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en la mayoría o en todas las actividades, insomnio o hipersomnia, cambio de apetito o peso, retraso psicomotor o agitación, energía baja, pobre concentración, pensamientos de inutilidad o culpa, pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio. Los cuales están presentes la mayor parte del día, casi todos los días durante un mínimo de 2 semanas consecutivas. Al menos un síntoma es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer”. <sup>(10)</sup>

Su prevalencia es muy alta a nivel mundial y parece ir en aumento. Encuestas realizadas en 10 países Brasil, Canadá, Chile, República Checa, Alemania, Japón, México, Países Bajos,

Turquía y Estados Unidos; tuvieron como resultado que la prevalencia de la depresión mayor tenía una variabilidad del 3% en Japón al 17% en los Estados Unidos, con tasas en rango del 8 al 12 %. <sup>(11)</sup>

Los motivos de la menor prevalencia de la depresión en algunos países es por algunas variaciones que determinan dicha enfermedad, como factores culturales o genéticos, sesgos al seleccionar la muestra y problemas con criterios de diagnóstico. <sup>(12,13)</sup>

La depresión es más complicada de detectar en ciertas culturas en las cuales los pacientes tienen más probabilidades de tener síntomas somáticos en lugar de síntomas emocionales. <sup>(14)</sup>

### *Epidemiología.*

En Estados Unidos, la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre el Alcohol y Condiciones Relacionadas III, reconoció una tasa de prevalencia anual de Trastorno Depresivo Mayor del 10% y una tasa de por vida del 21%. Existen ciertos factores de riesgo para presentar depresión, los cuales son genéticos, causas médicas, ambientales y sociales, podemos encontrar: edad más joven, episodio depresivo previo, historia familiar, género femenino, parto (depresión postparto), trauma de la infancia, acontecimientos estresantes de la vida, bajos ingresos económicos, pobre apoyo social, enfermedades médicas graves, demencia, trastornos por consumo de sustancias. <sup>(15)</sup>

Es por esto que en los pacientes que padecen enfermedades médicas crónicas, la tasa de prevalencia anual es más alta, siendo un aproximado el 25%. Las tasas de depresión pueden ser aún más altas en enfermedades del sistema nervioso central (EVC, TCE, enfermedad de Parkinson), trastornos cardiovasculares, cáncer, enfermedades autoinmunitarias. <sup>(16-18)</sup>

La depresión en la vejez incluye a pacientes que ya han presentado anteriormente dicho padecimiento, así como a los que lo presentan por primera vez después de los 60 años. En la población de adultos mayores es un problema muy común y grave el cual está asociado con comorbilidad, así como deterioro del funcionamiento, uso aumentado de recursos sanitarios y elevada mortalidad en donde se incluye el suicidio. <sup>(19)</sup>

La depresión en la vejez continúa siendo infra diagnosticada y muchos pacientes no reciben el tratamiento adecuado. En los Estados Unidos, los hombres de la tercera edad, en especial los afroamericanos y los hispanos, presentan un riesgo aumentado de tener depresión no reconocida. Como consecuencia va a ir en aumento dicho padecimiento a medida que la población continúe envejeciendo. <sup>(20,21)</sup>

No es normal presentar depresión durante la transición a la tercera edad <sup>(22,23)</sup>. El estar triste y el dolor son reacciones normales de circunstancias que ocurren en la vida al ir envejeciendo, así como el duelo, el cambio del estatus social con la jubilación y la disminución o pérdida de ingresos económicos, éste cambio de vida independiente a la atención asistida aunado a la pérdida de la función física, social o cognitiva como consecuencia de una enfermedad contribuyen a dicho padecimiento. <sup>(24)</sup>

Los pacientes hospitalizados tienen una prevalencia de depresión mayor al 30 por ciento, y los pacientes con enfermedad cerebrovascular, así como infarto de miocardio o cáncer tienen tasas superiores al 40 por ciento. <sup>(25,26)</sup>

#### *Factores de riesgo.*

Los factores de riesgo de la depresión en el adulto mayor incluyen sexo femenino, aislamiento social, estado civil viudo, divorciado o separado, nivel socioeconómico más bajo, condiciones médicas generales comórbidas, dolor incontrolado, insomnio, deterioro funcional, deterioro cognitivo. <sup>(27)</sup>

Existen situaciones en la vida que pueden ocasionar una depresión reactiva la cual es secundaria al estrés o al trauma, sin embargo, la depresión mayor se debe de tratar como una afección médica grave.

Se ha encontrado que el insomnio además de ser un factor de riesgo para la depresión hace que dicha enfermedad persista, se le considera un trastorno comórbido para algunos pacientes de la tercera edad. <sup>(28)</sup>

El 50% de personas de la tercera edad que residen en hogares de ancianos están deprimidos. <sup>(29)</sup>. La prevalencia de la depresión es mayor en mujeres de todos los grupos de edad,

presentan mayor susceptibilidad a la depresión, mayor persistencia de la misma después de su aparición y menor mortalidad. <sup>(30)</sup>

Los hombres la presentan como ira, irritabilidad, anhedonia, abstinencia o apatía o abuso de alcohol. <sup>(31)</sup>

Al presentar un estado de ánimo deprimido una persona de la tercera edad, debe hacernos pensar en varias afecciones médicas como accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer, hipotiroidismo y enfermedad coronaria, ya que puede ser el primer síntoma de dichos padecimientos. <sup>(32)</sup>

#### *Depresión en la tercera edad.*

En la tercera edad la depresión se asocia con un aumento en las visitas médicas, así como a urgencias, aumento en el consumo de drogas y el costo de los medicamentos recetados y de venta libre, así como mayor uso de alcohol o drogas ilícitas, así como estancia hospitalaria prolongada lo cual condiciona un aumento en los costos generales. <sup>(33,34)</sup>

La depresión tiene un impacto en la mortalidad médica, se ha asociado a un aumento de 4 veces de muerte en pacientes que han presentado infarto de miocardio, pacientes con accidente cerebrovascular tienen 3 a 4 veces más probabilidad de morir ya que desarrollaron depresión después de dichos eventos, así mismo pacientes que al momento de ser admitidos en un asilo ya presentaban depresión tuvieron más mortalidad al año, así como muertes pre hospitalarias asociadas con trastorno depresivo previo, tuvieron mayores muertes. <sup>(35-39)</sup>

La depresión es un factor de riesgo muy importante de suicidio en los ancianos, los cuales representan un 13 por ciento de la población de Estados Unidos, y 24 por ciento de los suicidios han sido consumados, aunque los adultos mayores intentan suicidarse con menos frecuencia en comparación con las personas jóvenes, éstos siempre logran su cometido. Así encontramos que los hombres mayores tienen una tasa de suicidio más elevada de 28.9 por 100.000 en 2004. Los hombres blancos de 85 años o más tienen una tasa de suicidio más alta y consumada 55 por 100.000, la mayoría estaban en su primer episodio de depresión y habían acudido al médico en el último mes de vida. Con lo anterior mencionado, se debe

poner más atención a los siguientes síntomas: desesperanza, insomnio, agitación o inquietud, disminución de la concentración, psicosis activa, consumo de alcohol o intoxicación y dolor incesante no tratado. <sup>(40-42)</sup>

Otros factores de riesgo de suicidio son enfermedad física comórbida, dolor crónico y tratado de forma inadecuada, enfermedad terminal o empeoramiento de una enfermedad física, viudez, aislamiento social, desorden de personalidad, intento de suicidio previo, antecedentes familiares de suicidio. <sup>(43,44)</sup>

### *Fisiopatología.*

La patogénesis de la depresión es multifactorial, puede ser por causas biológicas, genéticas y biopsicosociales, dentro de los factores biológicos las aminas piógenas como son la serotonina, noradrenalina, dopamina, se encuentran disminuidas. En las alteraciones de la regulación hormonal, el estrés crónico hace que la somatostatina y la Hormona liberadora de Corticotropina (CRH) inhiban la secreción de noradrenalina y dopamina; las citocinas inflamatorias producen una alteración de la plasticidad cerebral. Las consideraciones neuroanatómicas, anormalidades del sistema límbico- cortical, con disminución de la corteza prefrontal, aumento de actividad de la amígdala, así como factores genéticos influyen en la depresión <sup>(45)</sup>. El gen promotor de transporte de serotonina está relacionado con el estrés neuronal, depresión mayor e ideas suicidas. Dentro de las causas psicológicas se concluye que el número de eventos negativos vividos es asociado con la depresión. Un instrumento útil para el tamizaje del estado de depresión y útil para la valoración del estado mental del individuo es la escala de Yesavage, nos basaremos en ésta para el presente estudio. La cual surgió en 1982, mostrando una excelente confiabilidad (CCI Inter juez de 0.80 a 0.95 y  $r= 0.85$  a  $0.98$  para la prueba contra prueba). <sup>(46)</sup>

Cuando existe enfermedad cerebrovascular o hay neurodegeneración, existe un daño a los circuitos subcorticales frontales, vías estriado-pálido-tálamo-cortical, así mismo la enfermedad cerebrovascular subclínica puede influir en la susceptibilidad y en la forma en cómo se manifiesta la depresión, también está implicada la atrofia cerebral, sustancia

blanca profunda subcortical, lesiones isquémicas periventriculares, aumento de las proporciones cerebrales ventriculares y disminución de los volúmenes en regiones cerebrales específicas. <sup>(47,48)</sup>

### *Clasificación de la Depresión.*

La depresión se clasifica de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en quinta edición (DSM-5) de la siguiente forma:

Depresión mayor: cuenta con ciertos criterios para pacientes de edad avanzada y jóvenes, la depresión en edad adulta es más probable que se vuelva crónica y presenta recaídas con mucha frecuencia. Los pacientes de la tercera edad con depresión mayor presentan un deterioro cognitivo que se desarrolla y coincide con la aparición de síntomas del estado de ánimo o después de ellos, presentando síndrome de demencia de la depresión. Los pacientes con deterioro cognitivo secundario a depresión mayor pueden tener un mayor riesgo de convertirse en un síndrome de demencia irreversible como la enfermedad de Alzheimer. <sup>(49-51)</sup>

Trastorno depresivo persistente (distimia). La distimia se manifiesta con síntomas depresivos que ocurren la mayoría de los días por dos años; en pacientes de la tercera edad cuando aparece de forma tardía presentan una mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular, los que presentan trastorno depresivo persistente tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión mayor y pueden ser resistentes al tratamiento. <sup>(52)</sup>

La depresión menor es diagnosticada en pacientes con síndromes depresivos que no cumplen con los DSM-5 criterios de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia) ya que presentan muy pocos síntomas o la duración de los mismos es muy corta. El DSM-5 la clasifica como “otro trastorno depresivo especificado” ya que el síndrome depresivo no cumple criterios para trastorno específico de depresión mayor o trastorno depresivo persistente. Es un episodio depresivo de corta duración. En la tercera edad prevalece más la depresión menor, es importante porque padecen una carga de enfermedad comparable a la de los pacientes con depresión mayor, los cuales incluyen malos resultados sociales y de salud, deterioro funcional y una mayor utilización de la atención médica y

costos de tratamiento. Los pacientes con depresión menor tienen alto riesgo de desarrollar depresión mayor e ideación suicida. <sup>(53,54)</sup>

La depresión psicótica es una depresión mayor unipolar con síntomas psicóticos (delirios o alucinaciones) es un subtipo grave de la depresión unipolar mayor la cual se produce muy comúnmente. <sup>(55,56)</sup>

Depresión vascular. La enfermedad cerebrovascular aumenta la vulnerabilidad de una persona mayor a desarrollar depresión por varios mecanismos neurobiológicos. Se puede desarrollar después de un evento cerebrovascular o asociada a isquemia, todo depende de la ubicación de la lesión y el tiempo de evolución, los pacientes que presentan lesión del hemisferio izquierdo sobre todo la corteza prefrontal izquierda tiene una mayor frecuencia y gravedad de la depresión, en cuanto al tiempo parece ser los primeros dos años, con una prevalencia dentro de los primeros tres a seis meses. <sup>(57,59)</sup>

Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. La depresión es reconocida como una complicación del Alzheimer siendo también muy común en otros padecimientos como demencia de Parkinson, demencia de cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal y demencia de Huntington. <sup>(60,61)</sup>

Realizar una evaluación para diagnosticar la depresión en la tercera edad es todo un desafío, sobre todo en ancianos frágiles, ya que existen múltiples factores que complican el diagnóstico como enfermedad médica concurrente con síntomas de depresión como fatiga, enlentecimiento psicomotor, pérdida del apetito, alteraciones del sueño, falta de interés sexual, problemas de memoria, efectos secundarios de los medicamentos que superponen a síntomas de depresión, habilidades de comunicación deterioradas en los ancianos, presentación del paciente con múltiples quejas somáticas, falta de tiempo en el examen clínico para evaluar problemas psicológicos en pacientes con problemas médicos complejos, nihilismo terapéutico con respecto a la depresión por parte del paciente, la familia o el proveedor, la renuencia del paciente a reconocer la angustia psicológica debido al estigma percibido de la enfermedad mental. <sup>(62)</sup>

En un estudio realizado en un centro de salud de Lima-Perú llegaron a la conclusión de que la prevalencia en dicha población fue alta, cinco de cada diez adultos mayores tuvieron síntomas depresivos, la prevalencia fue más alta en aquellos adultos mayores que no completaron su escolaridad y que no laboraban, con dicho estudio podemos reflexionar la necesidad de realizar más estudios de salud mental, y la importancia de hacer diagnósticos y tratar la depresión en personas de la tercera edad, así como la planeación de estrategias para atención geriátrica. <sup>(63)</sup>

En un estudio realizado en un centro especializado de salud mental de Ayacucho indica que la prevalencia es de 61.9%, con dicho estudio concluyeron que la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes la cual ha aumentado en la última década y en una fase grave puede llegar al suicidio, consideran también que la población de Ayacucho sufrió las consecuencias de violencia sociopolítica de los ochenta y aún presentan secuelas. En relación al género refieren que el sexo femenino tuvo una prevalencia de 71.2% el sexo masculino de 28.8%, la cual puede ser debido a que las mujeres son más expresivas en sus pensamientos y emociones buscando apoyo social o asistencia psicológica, los varones en cambio difícilmente expresan sus emociones, no buscan apoyo médico ni psicológico, presentan en la mayoría de los casos una depresión más grave que puede conducir al suicidio. Al evaluar a los factores de riesgo psicológicos estrés y autoestima se encontró que las personas adultas que presentaron depresión tuvieron en su mayor porcentaje bajo estrés con 45,8% y baja autoestima con 51,8%. Factores de riesgo sociales violencia intrafamiliar y consumo de alcohol se encontró que las personas adultas que presentaron depresión el 30,4% presentaron violencia intrafamiliar y el 8,3% presento consumo de alcohol. <sup>(64)</sup>

En un estudio realizado en México evidencia una prevalencia de depresión de 74.3% de los sujetos estudiados. Los factores de riesgo personales, estructurales, económicos, sociales y de salud analizados en este estudio actúan de forma diferenciada al hablar de hombres y mujeres, ya que elementos como la educación, el estado civil, el nivel de somatización, las limitaciones en la funcionalidad, el trabajo, la ayuda económica, las actividades sociales, los vínculos sociales y la satisfacción con la vida apuntan en diferentes direcciones para

explicar este síndrome geriátrico, en algunos casos aumentando su probabilidad, o en otros, disminuyendo la latencia de tener depresión mayor. <sup>(65)</sup>

En una búsqueda bibliográfica realizada desde 2000 encontró que la prevalencia de depresión en el adulto mayor varía según la población y el desarrollo económico de los países. El estudio Eurodep, utilizando un cuestionario para ese continente, reportó 8,8% en Islandia y 23,6% en Alemania. En Suecia se reporta una prevalencia de 12 a 14% y en Taiwán 21,2 %. Un estudio reciente en población de adultos mayores (n=17 000) utilizando los criterios CIE-10 reportó prevalencias de 2,3% en Puerto Rico, 13,8% en República Dominicana, 4,9% en Cuba, 0,3% en China urbana, 0,7% en China rural, 3,9% India urbana, 12,6% India rural y 0,5% en Nigeria. Cabe recalcar que las cifras son menores cuando se utilizan instrumentos diagnósticos, como los del CIE 10 o los de DSM-V en comparación con instrumentos de tamizaje, como la escala de Yesavage o el Eurodep. En Latinoamérica los datos de prevalencia en el adulto mayor también son variados. En México, varía entre 26% y 66%; un estudio en población marginal reportó depresión de 60%. En Perú, se reporta 15,97% de depresión en pacientes hospitalizados y 9,8% en la comunidad. En Colombia, un estudio en pacientes ambulatorios encontró depresión en 11,5% de mujeres y 4% de hombres; otro estudio multicéntrico encontró 47% de depresión en pacientes hospitalizados y la encuesta nacional de salud reportó de 49 a 60% de depresión en adultos mayores. En Chile, la prevalencia de depresión se ha reportado entre 7,6% y 16,3% En Ecuador, de acuerdo con proyecciones del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y censos (INEC), viven 1 229 089 adultos mayores con una proporción de mujeres de 53% y un índice de feminidad de 115. En Ecuador se han realizado pocos estudios, la mayor parte de ellos en adultos mayores hospitalizados o residentes de asilos. Un estudio en pacientes residentes en asilo encontró depresión en 70%. Otro estudio en una pequeña población rural con alta proporción de emigrantes reportó 93% de depresión, datos elevados que no se pueden inferir a la población general. No se encontraron estudios en la comunidad ni en pacientes afiliados a la seguridad social o jubilados, excepto la prevalencia de depresión de 39% reportada en la encuesta SABE. El proyecto Atahualpa, estudio realizado en una población marginal de la Sierra, en 280 personas mayores de 60 años,

encontró una prevalencia de depresión de 12% y una asociación importante con deterioro cognitivo. <sup>(66)</sup>

En un estudio realizado en Buenos Aires, Argentina encontraron una prevalencia de 35.8% destaca la complejidad de realizar el diagnóstico en el adulto mayor, refieren que se encuentra más influenciada por factores ambientales que genéticos encontraron también asociaciones entre género y trabajo ya que la ausencia de éste modifica las relaciones sociales de los sujetos. <sup>(67)</sup>

En un estudio realizado en La Habana, Cuba la prevalencia de depresión en el adulto mayor de la comunidad es de 17,6 %. Los resultados de este estudio muestran un predominio de la sintomatología depresiva en adultos mayores parcialmente institucionalizados que provienen 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, actividades con estimulación neurocognitiva que a su vez inciden en la respuesta afectiva del anciano. El componente fundamental sería entonces la posibilidad de socializar y de canalizar preocupaciones comunes dentro de un mismo grupo generacional. <sup>(68)</sup>

## **VIII.-JUSTIFICACIÓN.**

Ante el envejecimiento el cual es inevitable encontramos una serie de situaciones como la jubilación, la pérdida de seres queridos, el abandono del núcleo familiar por los hijos, las enfermedades crónicas, la proximidad hacia la muerte, las cuales van a producir una serie de reacciones afectivas negativas como lo es la depresión. Resulta de especial interés conocer cuál es la prevalencia de la depresión en las personas de la tercera edad y a partir de dicho conocimiento intentar adoptar medidas que permitan detectar a tiempo dicho padecimiento para evitar complicaciones a futuro.

La presente investigación surge de la necesidad de estudiar la prevalencia de síntomas depresivos en los adultos de la tercera edad en la UMF 82 de Zamora Michoacán con el

propósito de identificar la cantidad de casos de dicho padecimiento y así poder llevar a cabo la realización de estrategias de derivación hacia médico especialista en caso de ser necesario y la implementación de terapias psicológicas en el caso que lo requieran.

La investigación busca proporcionar información que será útil a la UMF 82 de Zamora Michoacán para mejorar el conocimiento de la problemática en dicha unidad de medicina familiar, ver el alcance del problema y la detección oportuna del padecimiento.

La elevada prevalencia de enfermedades psíquicas en ancianos supone un importante problema de salud, el costo de la depresión en términos económicos es alto; los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento diario del paciente, causan dolor y sufrimiento no sólo a quienes lo padecen sino también a sus seres queridos.

En el presente estudio se pretende conocer la Prevalencia de Síntomas Depresivos en el adulto mayor de la UMF 82 Zamora, Michoacán, ya que no se cuenta con Diagnóstico de éste tipo en dicha unidad. Se busca que sirva para identificar las causas de dicho padecimiento para así poder canalizar al adulto mayor a las áreas correspondientes e iniciar tratamiento médico en caso de ser necesario. Debido a la pandemia de Covid-19 los índices de depresión en la sociedad en general, pero sobre todo en los adultos mayores han ido en aumento, debido a las medidas que se tomaron para dicha enfermedad como el aislamiento social, el cual ha ocasionado problemas de ansiedad, trastornos del sueño y depresión. En los adultos mayores el miedo constante al contagio y a la muerte por Covid-19 además del padecimiento de enfermedades crónico degenerativas, podrían influir en el aumento de la prevalencia de dicha enfermedad. Se intentará que el adulto mayor tenga una adecuada calidad de vida, una vejez plena. Se procura que se realice un diagnóstico temprano para evitar llegar a complicaciones como el suicidio.

## **IX.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

De acuerdo a la OMS la depresión es 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, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria, en su forma más grave puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

De acuerdo con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) más de 10 millones de mexicanos tienen actualmente 60 años o más, lo que representa alrededor de un 9% de la población, y que para el 2040, se estima que habrá un adulto mayor por cada tres personas mexicanas. <sup>(69)</sup>

La vejez es un periodo crítico de la vida que conlleva una serie de situaciones como la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, las enfermedades crónicas, la proximidad de la muerte, todo esto produce reacciones afectivas negativas como la depresión.

La depresión es considerada uno de los trastornos de mayor complejidad en la población gerontológica, ya que puede tener efectos potencialmente nocivos en la salud de una persona mayor. A ello contribuyen una serie de factores, entre los que destacan las enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y, al mismo tiempo, suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida.

En base a la información anterior se pretende investigar la prevalencia de la Depresión en el adulto mayor de la UMF 82 ya que no se cuenta con estudio de ésta índole en dicha unidad. Debido a ello se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Prevalencia de Síntomas Depresivos en el Adulto Mayor en la UMF 82 Zamora, Michoacán?

## **X.- OBJETIVOS.**

### **Objetivo General.**

- Evaluar la Prevalencia de Síntomas Depresivos en el adulto mayor en la UMF 82 Zamora, Michoacán.

### **Objetivos específicos.**

- Identificar a los pacientes de la tercera edad con depresión.
- Identificar qué factores influyen en la depresión del adulto mayor.

## **XI.- HIPÓTESIS**

- La prevalencia de los síntomas depresivos se encuentra en un 70% en adultos de la tercera edad de la UMF 82 Zamora, Michoacán.

## **XII.-MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **Diseño del estudio.**

Diseño observacional, transversal y descriptivo.

### **Lugar de estudio.**

El estudio fue realizado en la Unidad de Medicina Familiar 82 Zamora, Michoacán México. A partir de marzo 2021 a febrero 2023.

### **Universo/Población de estudio.**

Pacientes de la tercera edad Hombres y Mujeres de 60 a 75 años adscritos a la Unidad Medicina Familiar 82 Zamora, Michoacán, México. En nuestra unidad existe un Universo de Población de 11 857 adultos mayores que comprenden el intervalo de edad a estudiar. El total de población de estudio será de 373. Los cuales son considerados del período marzo 2022 a Julio de 2022.

### **Tamaño de la muestra.**

El presente estudio es de tipo transversal el cual fue llevado a cabo en la población de adultos mayores de 60 a 75 años de la Unidad Médica Familiar 82 de Zamora Michoacán

El tamaño de la muestra fue en base a una población finita, para dicha muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$n$  = Tamaño de muestra buscado

$N$  = Tamaño de la población o Universo

$Z$  = Parámetro estadístico que depende del Nivel de Confianza (NC)

$d$  = Error de estimación máximo aceptado

$p$  = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

$q = (1 - p) =$  Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado.

<b>NIVEL DE CONFIANZA</b>	<b>Z alfa</b>
99.70%	3
99%	2.58
98%	2.33
96%	2.05
<b>95%</b>	<b>1.96</b>
90%	1.645
80%	1.28
50%	0.674

<b>N</b>	11,857
<b>Z</b>	1.960
<b>P</b>	50.00%
<b>Q</b>	50.00%
<b>E</b>	9.00%

<b>Tamaño de muestra</b>
"n" =
<b>373</b>

### **Criterios de selección.**

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pacientes adscritos a UMF 82 Zamora Michoacán, México.</li><li>• Edad de 60 a 75 años.</li><li>• Hombres y mujeres.</li><li>• Que acepten participar en el estudio.</li><li>• Que firmen el consentimiento informado.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pacientes con diagnóstico de depresión bajo tratamiento médico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pacientes que no deseen seguir participando</li><li>• En caso de que el paciente fallezca.</li></ul>

### **Descripción de las variables.**

**Variable dependiente:** Depresión.

**Variable independiente:** Edad, Sexo, estado civil, enfermedades crónico degenerativas, ocupación actual, nivel educacional, Lugar de origen.

## Operacionalización de Variables.

### Operacionalización de variable dependiente

Variable dependiente	Definición de conceptos	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
<b>Síntomas Depresivos en el adulto mayor</b>	Trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración intervienen con la vida diaria durante semanas o por más tiempo. La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado pero no es una parte normal del envejecimiento.	Se medirá usando la escala de depresión geriátrica de Yesavage que se interpreta por puntajes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 a 4 puntos</li> <li>- 5 a 8 puntos</li> <li>- 9 a 10 puntos.</li> <li>- 12 a 15 puntos.</li> </ul>	Cualitativa	Respuestas de acuerdo a los puntajes: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Normal sin síntomas depresivos.</li> <li>-Síntomas depresivos leves.</li> <li>-Síntomas depresivos moderados.</li> <li>-Síntomas depresivos graves.</li> </ul>

## Operacionalización de variable independiente

Variable independiente	Definición de conceptos	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años cumplidos	Cuantitativa	60 años a 75 años
<b>Nivel Educativo</b>	Grado escolar más avanzado al cual ha llegado la persona al momento de la investigación.	Identificar el nivel educativo	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analfabeta</li> <li>- Primaria</li> <li>- Secundaria</li> <li>- Preparatoria</li> <li>- Técnica</li> <li>- Licenciatura</li> </ul>
<b>Lugar de origen</b>	Zona de donde es originario	Identificar la zona de origen	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zamora</li> <li>- Otras poblaciones cercanas</li> </ul>

<b>Estado civil</b>	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Identificar el estado civil	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Soltero</li> <li>-Casado</li> <li>-Divorciado</li> <li>-Viudo</li> <li>-Unión libre</li> </ul>
<b>Sexo</b>	Es la condición orgánica que distingue a la mujer del hombre y puede ser masculino o femenino.	Identificar si es masculino o femenino	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masculino</li> <li>- Femenino</li> </ul>
<b>Enfermedades Crónico Degenerativas</b>	Son causantes de múltiples limitaciones físicas y emocionales, desencadenando una serie de impedimentos	Identificar si presentan algún padecimiento crónico degenerativo	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DM2</li> <li>- HAS</li> <li>- COVID 19</li> <li>- CÁNCER</li> <li>- EVC</li> <li>- ENFERM</li> </ul>

	que interfieren en el desempeño diario de actividades, principalmente en lo laboral.			EDAD CARDIO VASCULAR - OBESIDAD
<b>Ocupación</b>	Actividad o trabajo.	Identificar si se encuentran laborando actualmente o ya jubilados	Cualitativa	- Laboran - Jubilados.

### **Descripción operativa.**

Previo autorización del comité de investigación y del comité de ética en investigación, se llevó a cabo la escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems con respuestas de Si y No, a pacientes adscritos a dicha UMF de 60 a 75 años de edad, hombres y mujeres. Antes de iniciar se le explicó al paciente el cuestionario. Dicha escala cuenta con 15 ítems, de los cuales 10 indican la presencia de depresión cuando se responden positivamente, mientras que los otros 5 son indicativos de depresión cuando se responden negativamente. Este formulario se puede completar en aproximadamente 5 a 7 minutos, fue llevado a cabo por el médico residente encargado de la investigación, a partir de Marzo a Julio de 2022, se realizó en los pasillos de la UMF 82, así como en Trabajo social cuando los pacientes tienen sus juntas de la tercera edad, los datos obtenidos fueron capturados en base de datos.

### **Propuesta de análisis estadístico.**

El análisis estadístico fue de tipo Cualitativo, nominal y ordinal, Descriptivo, incluyendo estadígrafos (rango, mínimo, máximo y frecuencia) así como medidas de tendencia central, (media, mediana y moda) y medidas de dispersión, (desviación estándar, varianza y coeficiente de variación) se analizó prueba de chi cuadrada de Pearson para contrastar si hubo relación entre las dos variables, depresión y adulto mayor. El programa estadístico fue el SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies) versión 23.

### **XIII.- CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.**

El presente proyecto de investigación Prevalencia de la Depresión en el Adulto Mayor, se supedita al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo Capítulo I, artículo 13 en el cual toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 16. En el cual las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17 fracción I, la cual es una investigación sin riesgo, ya que es un estudio que emplea escalas mediante reactivos, (Yesavage de 15 reactivos) por lo que no se tratan aspectos sensitivos de su conducta.

Artículo 23. La investigación al no ser de riesgo se puede omitir el consentimiento informado.

**Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos**

La presente investigación con apego a la declaración de Helsinki estará sujeta a normas éticas que servirán para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales, proteger la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, a la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participen en dicha investigación.

El protocolo de la investigación se enviará para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética en investigación pertinente antes de comenzar el estudio, así mismo se esperará la aprobación para evitar el uso de consentimiento informado ya que se trata de una investigación de bajo riesgo.

Dicho proyecto de investigación está apegado a los códigos nacionales e internacionales para las buenas prácticas en investigación en salud.

Dicho proyecto de investigación está apegado a los códigos nacionales e internacionales para las buenas prácticas en investigación en salud.

#### **XIV.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.**

La investigación fue llevada a cabo en la UMF 82 Zamora, Michoacán ubicada en carretera nacional La Barca Zamora sin número, municipio de Zamora, Michoacán. El presente protocolo se realizó con el respaldo de personal directivo de la UMF 82, apoyo de médicos familiares, médico residente de la Especialidad de medicina familiar, trabajo social y club de nutrición y la colaboración de los asesores de tesis con experiencia en el manejo de pacientes crónico degenerativo y la participación de un co-asesor con experiencia protocolo de investigación.

Para realizar el protocolo de investigación se utilizarán encuestas de 15 ítems con respuestas de si y no, previo a firmas de consentimiento informado, así como formato de

instrumento de recolección de datos, lapiceros, hojas, computadora, uso de consultorio médico.

### XV.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

	Marzo a Julio 2021	Agosto a octubre 2021 Enero 2022	Febrero 2022	Marzo Septiembre 2022	Octubre 2022 ENERO 2023	Febrero Agosto 2023	Sept Octubre 2023	Nov 2023 FEB 2024
Diseño del Protocolo de Investigación	X	X						
Evaluación por el CIES			X					
Realización de encuestas				X				
Aplicación de instrumentos				X				
Análisis de resultados					X			
Redacción de resultados					X			
Redacción de discusión y conclusiones						X		
Redacción Tesis terminada						X		
Manuscrito Publicado							X	
Difusión Foro								X
Examen de Grado								X

## XVI.- RESULTADOS.

Se estudiaron a un total de 373 adultos mayores en la UMF 82 de Zamora, Michoacán, durante el periodo de marzo 2022 a Agosto de 2022.

En la Tabla I.- Encontramos de la variable Escolaridad predomina primaria incompleta, en cuanto a Ocupación observamos que predominó ser ama de casa y en cuanto al Estado Civil el ser o estar casado (a). (ver tabla I.)

<b>Tabla I.- Variables Independientes Escolaridad, Ocupación, Estado Civil, Enfermedades Crónicas, Realizadas en el Proyecto de Investigación Prevalencia de Síntomas Depresivos en el Adulto Mayor en UMF 82, Zamora, Michoacán.</b>				
<b>VARIABLE</b>		<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total, de Población estudiada. (100%)</b>
<b>VARIABLE</b>		<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total de Población estudiada</b>
<b>Escolaridad</b>	Analfabeta	52	13.94%	
	Sabe leer y escribir	17	4.56%	
	Primaria incompleta	115	30.83%	
	Primaria terminada	85	22.79%	
	Secundaria incompleta	17	4.56%	
	Secundaria terminada	52	13.94%	
	Preparatoria trunca	4	1.07%	
	Preparatoria terminada	7	1.88%	
	Licenciatura Trunca	2	0.54%	
	Licenciatura terminada	22	5.90%	
	<b>Total</b>	<b>373</b>	<b>100%</b>	
<b>VARIABLE</b>		<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total de Población Estudiada</b>

<b>Ocupación</b>	Jubilado	52	13.94%	
	Ama de casa	205	54.96%	
	Campesino	37	9.92%	
	Comerciante	29	7.77%	
	Otras	50	13.40%	
	<b>Total</b>	<b>373</b>	<b>100%</b>	
<b>VARIABLE</b>		<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total de Población Estudiada</b>
<b>Estado Civil</b>	Soltero	23	6.17%	
	Casado	251	67.29%	
	Viudo	77	20.64%	
	Unión Libre	7	1.88%	
	Divorciado	6	1.61%	
	Separado	9	2.41%	
	<b>Total</b>	<b>373</b>	<b>100%</b>	

Con relación a la Variable Independiente de Enfermedades Crónicas, en la Tabla 2. Predominan adultos mayores con ambas enfermedades tanto diabetes e hipertensión y con antecedente de IAM en menos porcentaje. (Ver Tabla 2).

ENFERMEDADES CRÓNICAS	TOTAL DE POBLACIÓN.	PORCENTAJE 373 (100 % )
DM2 Y HAS	85	22.79 %
HAS	80	21.45 %
CÁNCER	15	4.02 %
DM2	14	3.75 %
ENF. RENAL	10	2.68 %
OTRAS	6	1.61 %
EVC	4	1.07 %
ENF TIROIDES	4	1.07 %
IAM	2	0.54 %

Tabla 2. - Datos de Variable Independiente Enfermedades Crónicas, en el Proyecto de Investigación Prevalencia de Síntomas Depresivos en el Adulto Mayor UMF 82, Zamora, Michoacán

Fuente: Encuesta “ Prevalencia de síntomas Depresivos en el adulto mayor en la UMF 82, Zamora, Michoacán.” Tesis de Postgrado de Medicina Familiar IMSS 2022.

En cuanto al Género de los participantes estudiados en dicho proyecto, en la Figura 1 se observó de la población total a estudiar fue de 373 adultos mayores en el cual predominaron las mujeres. (ver figura 1).

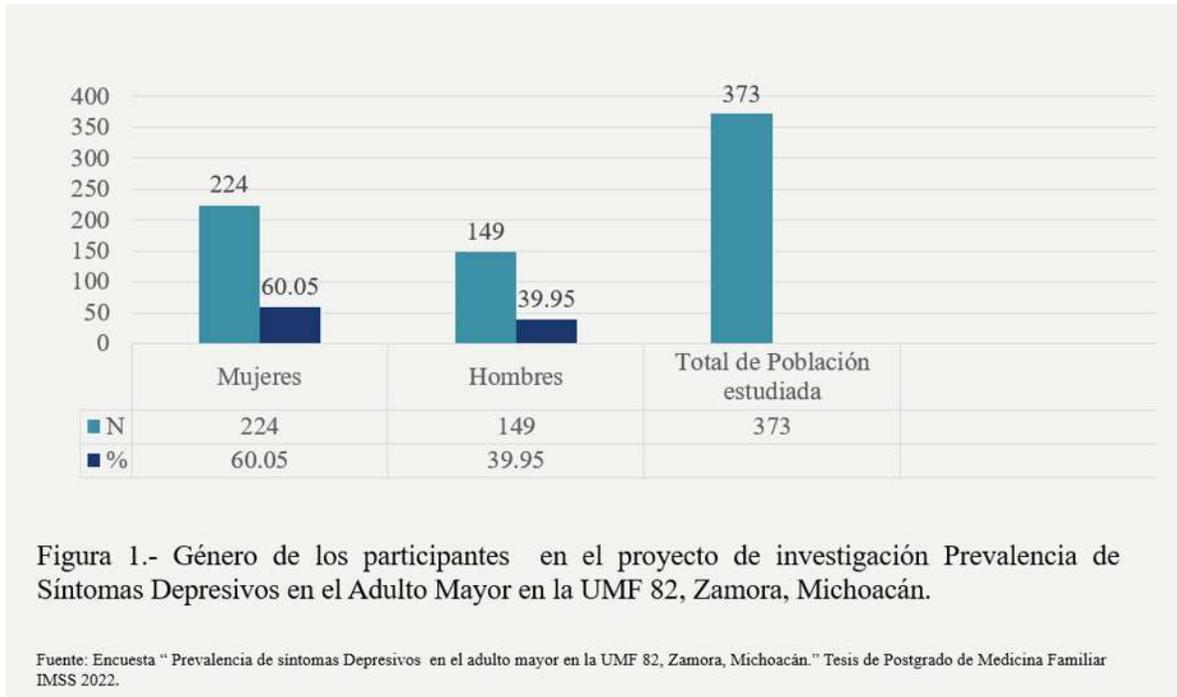
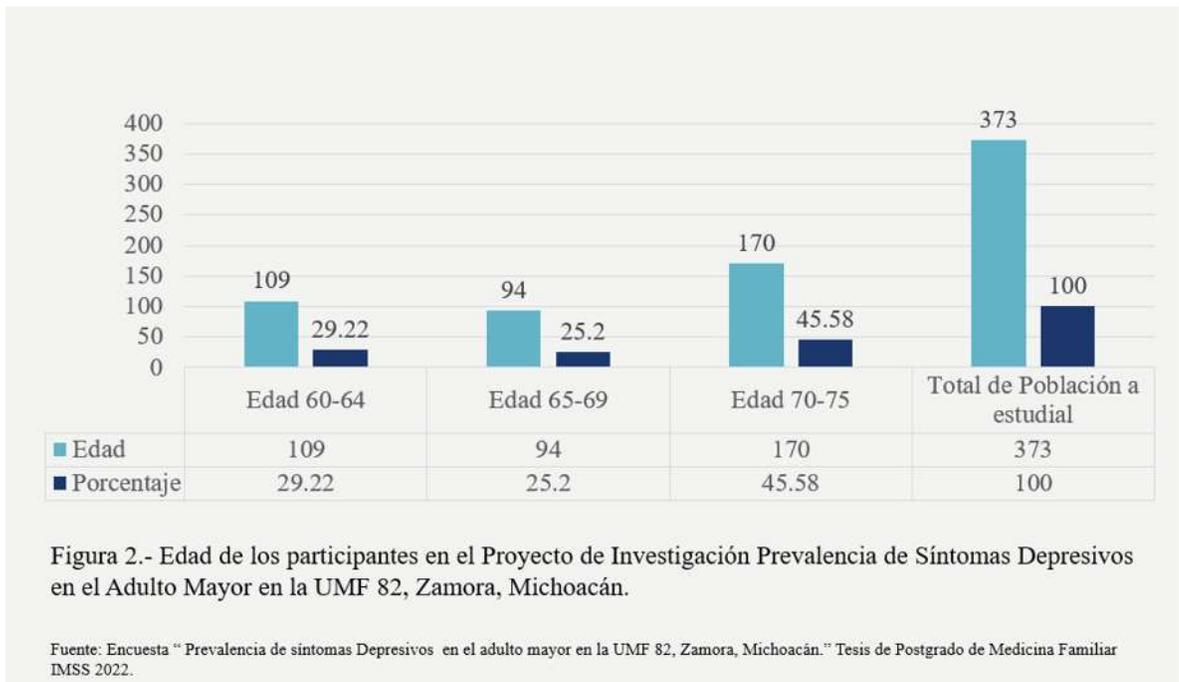


Figura 1.- Género de los participantes en el proyecto de investigación Prevalencia de Síntomas Depresivos en el Adulto Mayor en la UMF 82, Zamora, Michoacán.

De acuerdo a la Variable Independiente Edad en los participantes del Proyecto de Investigación Prevalencia de Síntomas Depresivos en el Adulto Mayor en la UMF 82, Zamora, Michoacán, en la Figura 2.- se encontró que en la población estudiada de 373 adultos mayores tuvieron más predominio los adultos mayores de 70 a 75 años.

(Ver figura 2).



En la figura 3.- Observamos el porcentaje de los participantes asintomáticos y con los diferentes grados de síntomas de Depresión. (ver figura 3).

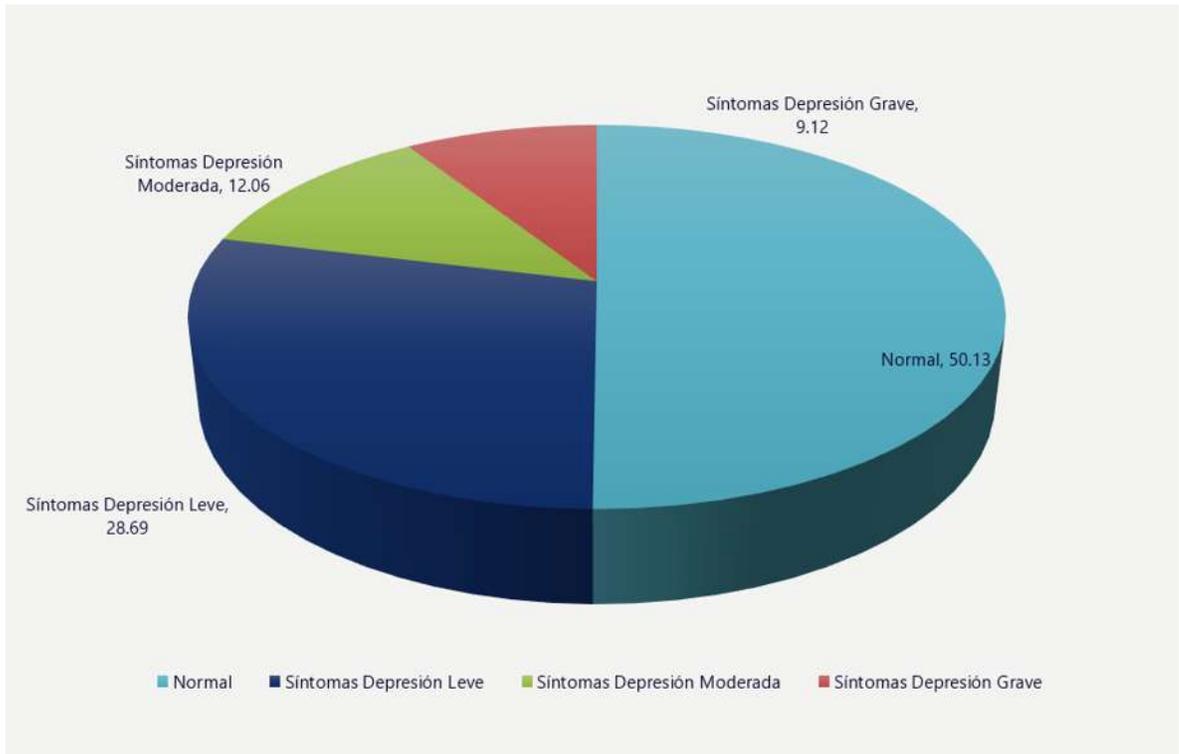


Figura 3.- Porcentaje de Depresión en la Población estudiada .

En la Tabla 3.- Tabla Cruzada se observan las dos variables a estudiar, que son Adulto Mayor y Depresión, para la cual utilizamos la Escala de Yesavage, en base a los resultados de dicha tabla se puede realizar el análisis del chi cuadrado. En dicha tabla encontramos el recuento observado y el recuento esperado, los cuales utilizamos para llevar a cabo la fórmula para el cálculo de la chi cuadrado.

**Tabla cruzada Edad\*Yesavage**

			Yesavage				Total
			Normal	Síntomas de Depresión Leve	Síntomas de Depresión Moderada	Síntomas de Depresión Graves	
Edad	60 a 64	Recuento	55	34	15	7	111
		Recuento esperado	55.6	32.1	13.1	10.1	111.0
		% dentro de Yesavage	29.4%	31.5%	34.1%	20.6%	29.8%
		% del total	14.7%	9.1%	4.0%	1.9%	29.8%
65 a 69	Recuento	47	23	11	14	95	
	Recuento esperado	47.6	27.5	11.2	8.7	95.0	
	% dentro de Yesavage	25.1%	21.3%	25.0%	41.2%	25.5%	
	% del total	12.6%	6.2%	2.9%	3.8%	25.5%	
70 a 75	Recuento	85	51	18	13	167	
	Recuento esperado	83.7	48.4	19.7	15.2	167.0	
	% dentro de Yesavage	45.5%	47.2%	40.9%	38.2%	44.8%	
	% del total	22.8%	13.7%	4.8%	3.5%	44.8%	
Total	Recuento	187	108	44	34	373	
	Recuento esperado	187.0	108.0	44.0	34.0	373.0	
	% dentro de Yesavage	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	50.1%	29.0%	11.8%	9.1%	100.0%	

En base a la tabla anterior, obtenemos el siguiente resultado, en el cual nuestro chi cuadrado nos da un valor de 6.033, con 6 grados de libertad, con una significación asintótica de .4 por lo tanto se puede afirmar con un 95% de confianza que ambas variables son independientes.

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.033 <sup>a</sup>	6	.420
Razón de verosimilitud	5.675	6	.461
Asociación lineal por lineal	.055	1	.815
N de casos válidos	373		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8.66.

El coeficiente alfa de Cronbach aplicado a los ítems del instrumento, se calculó a través del software SPSS versión 23 y su resultado es de .084 (0.70 – 0.90) concluyendo que la consistencia interna del instrumento utilizado es aceptable y procede su aplicación.

**Resumen de procesamiento de casos**

		N	%
Casos	Válido	373	100.0
	Excluido <sup>a</sup>	0	.0
	Total	373	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
.804	15

## XVII.-DISCUSIÓN

Envejecer; término que engloba demasiados cambios a todos los niveles, no sólo físicos, sino psicológicos, sociales, fisiológicos, bioquímicos, morfológicos, es por lo tanto un proceso gradual e inevitable e inicia a partir de los 60 a 65 años. Hay quienes no le temen a la vida sino al envejecimiento, a la decrepitud porque significa ir perdiendo la memoria, las capacidades físicas, es ir deteriorándose lentamente y depender de terceras personas o de ortesis o auxiliares de la marcha, tales como bastones, andaderas, pañales, va acompañada de dolor, medicamentos, de visitas al médico, cambio de status económico, soledad, síntomas de nido vacío, es en este momento de vulnerabilidad y de duelo en el cual el adulto mayor puede cursar con Depresión.

La prevalencia de síntomas de depresión en la UMF 82 de Zamora, Michoacán en el presente estudio de los 373 participantes encuestados fue de 49.87% adultos mayores, 28.69% con depresión leve (N=107), depresión moderada 12.06 (N=45), depresión grave 9.12 (N=34).

Comparativamente menor con un estudio transversal realizado en la ciudad de Bahir Dar, noroeste de Etiopía realizado en 2020 por Anbesaw T, y Fekadu B. Con una población de muestra de 423 participantes en donde la prevalencia de la depresión fue de 57.9% (70)

Así mismo en un estudio transversal realizado en Extremadura España de acuerdo a Galán y Arroyo, en donde la muestra total de participantes 1972 usuarios (96,4% mujeres, 3,6% hombres), de los cuales 724 (94,6% mujeres, 5,4% hombres) se encontró una prevalencia de depresión de 36.7% (N=266) (71). En comparación a este estudio la prevalencia de síntomas depresivos en el adulto mayor en nuestra unidad es más elevada con 49.87%

De acuerdo a Zenebe Y, y Akele, la prevalencia promedio esperada de depresión en la vejez fue de 31,74% (IC 95% 27,90, 35,59). En el análisis de subgrupos, la prevalencia agrupada fue mayor entre los países en desarrollo; 40,78% que los países desarrollados; 17,05 %), los estudios utilizaron la Geriatrics Depression Scale-30 (GDS-30); 40,60% para los estudios que utilizaron GMS; 18,85%. (72). Igualmente, en nuestro

estudio la prevalencia de síntomas de depresión en el adulto mayor es más elevada con 49.87%.

De acuerdo a un estudio realizado en el Estado de México por Tavera y Blanco Trejo, a un total de 280 participantes adultos mayores en el año 2020 utilizando la escala de Yesavage, pudieron concluir una baja prevalencia de depresión, en comparación con el realizado en esta sede. Encontrando una prevalencia del 5%. (73). Recordando que en nuestra UMF la prevalencia de síntomas de depresión en el adulto mayor fue de 49.87 %.

En un estudio realizado por Fernández y cols en comunidades indígenas en poblaciones excluidas en Purús, mediante la escala de 15 ítems de Yesavage, encontraron una prevalencia de 32.8%, siendo menor que la que se encontró en nuestra unidad. 49.87%

Las limitantes con las cuales nos encontramos al realizar dicho estudio fueron no contar con la suficiente privacidad para la comodidad del participante, el tiempo aplicado durante la encuesta, el poco entendimiento de los adultos mayores hacia algunas preguntas.

## **XVIII.- CONCLUSIONES**

Las conclusiones a las que se puede llegar de acuerdo al estudio realizado son las siguientes: Podemos concluir que existe una alta prevalencia de síntomas depresivos en la UMF 82 de Zamora, Michoacán de acuerdo a los estudios realizados con anterioridad. Por lo que podemos decir que existe una alta prevalencia de depresión entre la población anciana en el mundo. Este estudio puede considerarse como una alerta temprana y aconseja a los profesionales de la salud, a los formuladores de políticas de salud y a otras partes interesadas pertinentes que tomen medidas de control efectivas y cuidados periódicos para la población anciana.

- 1.- La prevalencia de síntomas depresivos en el adulto mayor en la UMF 82 de Zamora, Michoacán es de 49.87 %.
- 2.- Se lograron identificar 186 adultos mayores con síntomas de depresión
- 3.- Los factores asociados a los síntomas de depresión en dicho estudio fueron tener primaria incompleta, ser ama de casa, estado civil casado, las enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión, ser mujer, edad de 70 a 75 años.
- 4.-Respecto a la Hipótesis que se planteó en un inicio de que la Prevalencia de Síntomas Depresivos se encontraba en un 70% en los adultos mayores, se descartó, ya que en el estudio que se realizó, fue menor de lo esperado, sin embargo, en base a los estudios analizados, la prevalencia es elevada.
- 5.- Se descarta que las variables Depresión y adulto mayor sean dependientes en dicha investigación, de acuerdo al análisis de la chi cuadrado.

#### **XIX.- RECOMENDACIONES.**

- Realizar escala de Yesavage de 5 ítems en la consulta y en los servicios de apoyo como trabajo social, API, dental y nutrición.
- En las reuniones de trabajo social dar pláticas de detección de síntomas tempranos de depresión en el adulto mayor.
- Dar plan de seguimiento a pacientes diagnosticados con síntomas de enfermedad de síntomas depresivos.

## XX.- BIBLIOGRAFÍA.

- 1) Sosa MJ. Deterioro cognitivo en la vejez ¿fenómeno normal ?2016
- 2) Lazcano M, Sánchez M, Lázaro A, García M, Piedra A, Gayoso E. Nivel de depresión en el adulto mayor. ICSA.2015 diciembre ;4 (7)
- 3) Cosgaya LE, Ramírez CEI, Pinto LML, Viejo MYV, Compañ EAA, Pérez CYA. Nivel de depresión en personas mayores de 65 años del estado de Yucatán según su contexto social. Revista electrónica de psicología Iztacala. 2014 septiembre; 17(3).
- 4) Tylee A, Gandhi P. La importancia de los síntomas somáticos en la depresión en la atención primaria. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2005; 7: 167.
- 5) Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, et al. Un estudio internacional de la relación entre síntomas somáticos y depresión. N Engl J Med 1999; 341: 1329.
- 6) Bell RA, Franks P, Duberstein PR, et al. Sufrir en silencio: motivos para no revelar la depresión en atención primaria. Ann Fam Med 2011; 9: 439.
- 7) Rihmer Z, Gonda X. Prevención de suicidios relacionados con la depresión en atención primaria. Psychiatr Hung 2012; 27:72.
- 8) Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, et al. Depresión, enfermedades crónicas y disminución de la salud: resultados de las Encuestas de salud mundial. Lancet 2007; 370: 851.
- 9) Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J y col. Metaanálisis integral del exceso de mortalidad en la depresión en la comunidad en general versus pacientes con enfermedades específicas. Am J Psychiatry 2014; 171: 453.
- 10) Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Arlington, VA 2013.
- 11) Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, et al. La epidemiología de los episodios depresivos mayores: resultados de las encuestas del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica (ICPE). Int J Methods Psychiatr Res 2003; 12: 3.
- 12) Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Epidemiología transnacional de la depresión mayor y el trastorno bipolar. JAMA 1996; 276: 293.

- 13) Gureje O, Kola L, Afolabi E. Epidemiología del trastorno depresivo mayor en ancianos nigerianos en el Ibadan Study of Aging: una encuesta basada en la comunidad. *Lancet* 2007; 370: 957.
- 14) Raguram R, Weis M, Keval H, Channabavanna S. Dimensiones culturales de la depresión clínica en Bangalore, India. *Antropología y Medicina* 2001; 8:31.
- 15) Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, et al. Epidemiología del trastorno depresivo mayor DSM-5 en adultos y sus especificadores en los Estados Unidos. *Psiquiatría JAMA* 2018; 75: 336.
- 16) Meader N, Mitchell AJ, Chew-Graham C y col. Identificación de casos de depresión en pacientes con problemas crónicos de salud física: un metanálisis de precisión diagnóstica de 113 estudios. *Br J Gen Pract* 2011; 61: e808.
- 17) Robinson RG. Depresión post accidente cerebrovascular: prevalencia, diagnóstico, tratamiento y progresión de la enfermedad. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 376.
- 18) Jorge RE, Robinson RG, Moser D, et al. Depresión mayor después de una lesión cerebral traumática. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:42.
- 19) Taylor WD. Práctica clínica. Depresión en ancianos. *N Engl J Med* 2014; 371: 1228.
- 20) Fyffe DC, Sirey JA, Heo M, Bruce ML. Depresión en la vejez entre pacientes ancianos de atención domiciliaria blancos y negros. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12: 531.
- 21) Unützer J, Katon W, Callahan CM, et al. Tratamiento de la depresión en una muestra de 1.801 adultos mayores deprimidos en atención primaria. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 505.
- 22) Steffens DC, Skoog I, Norton MC, et al. Prevalencia de la depresión y su tratamiento en una población anciana: el estudio del condado de Cache. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 601.
- 23) Koenig HG, Blazer DG. Epidemiología de los trastornos afectivos geriátricos. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 235.
- 24) Birrer RB, Vemuri SP. Depresión en la vejez: un desafío diagnóstico y terapéutico. *Am Fam Physician* 2004; 69: 2375.
- 25) Koenig HG, George LK, Peterson BL, Pieper CF. Depresión en adultos mayores hospitalizados con enfermedades médicas: prevalencia, características y evolución de los síntomas según seis esquemas diagnósticos. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1376.

- 26) Borin L, Menon K, Raskin A, Ruskin P. Predictores de depresión en pacientes hospitalizados con enfermedades médicas geriátricas. *Int J Psychiatry Med* 2001; 31: 1.
- 27) Cole MG, Dendukuri N. Factores de riesgo para la depresión entre sujetos de la comunidad de edad avanzada: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1147
- 28) Cho HJ, Lavretsky H, Olmstead R, et al. La alteración del sueño y la recurrencia de la depresión en adultos mayores que viven en la comunidad: un estudio prospectivo. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1543.
- 29) Hoover DR, Siegel M, Lucas J, et al. Depresión en el primer año de estadía para ancianos residentes en hogares de ancianos a largo plazo en EE. UU. *Int Psychogeriatr* 2010; 22: 1161.
- 30) Barry LC, Allore HG, Guo Z y col. Mayor carga de depresión entre las mujeres mayores: el efecto del inicio, la persistencia y la mortalidad a lo largo del tiempo. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 172.
- 31) Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG, et al. Depresión sin tristeza: resultados funcionales de la depresión no disfórica en la edad adulta. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 570
- 32) Polsky D, Doshi JA, Marcus S, et al. Riesgo a largo plazo de síntomas depresivos después de un diagnóstico médico. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1260.
- 33) Unützer J, Patrick DL, Simon G, et al. Síntomas depresivos y costo de los servicios de salud en pacientes con HMO de 65 años o más. Un estudio prospectivo de 4 años. *JAMA* 1997; 277: 1618.
- 34) Unützer J, Schoenbaum M, Katon WJ, et al. Costos de atención médica asociados con la depresión en participantes de Medicare de pago por servicio médicamente enfermos. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 506.
- 35) Frasure-Smith N, Lespérance F, Juneau M, et al. Sexo, depresión y pronóstico a un año después de un infarto de miocardio. *Psychosom Med* 1999; 61:26.
- 36) Whyte EM, Mulsant BH, Vanderbilt J, et al. Depresión después de un accidente cerebrovascular: un estudio epidemiológico prospectivo. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 774.
- 37) Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, et al. Asociación de la depresión con la mortalidad a los 10 años después del ictus. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 124.

- 38) Rovner BW, PS alemán, Brant LJ, et al. Depresión y mortalidad en hogares de ancianos. *JAMA* 1991; 265: 993.
- 39) von Ammon Cavanaugh S, Furlanetto LM, Creech SD, Powell LH. Enfermedad médica, depresión pasada y depresión actual: una tríada predictiva de la mortalidad hospitalaria. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 43.
- 40) Hoyert, DL, Kochanek, KD, Murphy, SL. Defunciones: datos finales de 1997. *Informes nacionales de estadísticas vitales* 1999; 47: 1.
- 41) Waern M, Runeson BS, Allebeck P y col. Trastorno mental en ancianos suicidas: un estudio de casos y controles. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 450.
- 42) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Homicidios y suicidios - Sistema nacional de notificación de muertes violentas, Estados Unidos, 2003-2004. Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad del *MMWR* 2006; 55: 721.
- 43) Szanto K, Mulsant BH, Houck P y col. Aparición y curso de tendencias suicidas durante el tratamiento a corto plazo de la depresión en la vejez. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 610.
- 44) Alexopoulos GS, Bruce ML, Hull J, et al. Determinantes clínicos de la ideación y el comportamiento suicidas en la depresión geriátrica. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1048.
- 45) Piñar Sancho G, Gabriel SB, De la Cruz Villalobos N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia*. 2020 diciembre; 5 (12)
- 46) Aguilar Navarro S, Ávila Funes JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Méx*. 2006 Julio; 143 (2).
- 47) Thomas AJ, Kalaria RN, O'Brien JT. Depresión y enfermedad vascular: ¿cuál es la relación? *J Affect Disord* 2004; 79:81.
- 48) Kumar A, Thomas A, Lavretsky H, et al. Anomalías bioquímicas frontales de la sustancia blanca en la depresión mayor en la vejez detectada con espectroscopia de resonancia magnética de protones. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 630.
- 49) Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013.
- 50) Wilson RS, Barnes LL, Méndez de León CF, et al. Síntomas depresivos, deterioro cognitivo y riesgo de EA en personas mayores. *Neurology* 2002; 59: 364.

- 51) Butters MA, Whyte EM, Nebes RD, et al. La naturaleza y los determinantes del funcionamiento neuropsicológico en la depresión en la vejez. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 587.
- 52) Devanand DP, Adorno E, Cheng J y col. El trastorno distímico de inicio tardío y la depresión mayor difieren del trastorno distímico de inicio temprano y la depresión mayor en pacientes ambulatorios de edad avanzada. *J Affect Disord* 2004; 78: 259.
- 53) Lavretsky H, Kumar A. Depresión no mayor clínicamente significativa: conceptos antiguos, nuevas percepciones. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 239.
- 54) Lyness JM, Heo M, Datto CJ, et al. Resultados de la depresión menor y subsindrómica entre pacientes ancianos en entornos de atención primaria. *Ann Intern Med* 2006; 144: 496.
- 55) Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Prevalencia de por vida de los trastornos psicóticos y bipolares I en una población general. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:19.
- 56) Kivelä SL, Pakkala K. Depresión delirante en los ancianos: un estudio comunitario. *Z Gerontol* 1989; 22: 236.
- 57) Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al. Hipótesis de la 'depresión vascular'. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 915.
- 58) Robinson RG. Depresión post accidente cerebrovascular: prevalencia, diagnóstico, tratamiento y progresión de la enfermedad. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 376.
- 59) Krishnan KR, Hays JC, Blazer DG. Depresión vascular definida por resonancia magnética. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 497.
- 60) Lyketsos CG, López O, Jones B, et al. Prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos en la demencia y deterioro cognitivo leve: resultados del estudio de salud cardiovascular. *JAMA* 2002; 288: 1475.
- 61) Olin JT, Schneider LS, Katz IR y col. Criterios de diagnóstico provisionales para la depresión de la enfermedad de Alzheimer. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 125.
- 62) Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, et al. El estigma percibido como predictor de la interrupción del tratamiento en pacientes ambulatorios jóvenes y mayores con depresión. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 479.

- 63) Ponce- Torres C, Viteri Condiori L, Ramos Martínez P, Nieto Gutiérrez W, Cueva Velasco J. Prevalencia y factores asociados a sintomatología Depresiva en adultos mayores del centro de salud "Micaela Bastidas" Lima-Perú. *Rev.Fac.Med.Hum.* 2020 abril; 2(233 - 239)
- 64) Espinoza Mendoza EREA. Factores de riesgo psicosociales y prevalencia de depresión en personas adultas atendidas en el centro especializado de salud mental de Ayacucho 2019. *Revista Científica de Enfermería.* 2021 enero - Junio; 10(1).
- 65) De los Santos PV, Carmona Valdés SE. Prevalencia de Depresión en hombres y mujeres mayores México y factores de riesgo. Universidad de Costa Rica. 2018 enero - junio; 15(2).
- 66) Calderón M D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered.* 2018; 29(181 - 191).
- 67) Florencia TM, Dillon C, Hermida PD, Feldberg C, Somale V, Stefani D. Prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia. Su asociación con características sociodemográficas, en una muestra de adultos mayores residentes de Buenos Aires, Argentina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* 2017 Julio- Agosto; 20(4).
- 68) Valdés King M, González Cáceres José Alberto SAM. Prevalencia de Depresión y Factores de Riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2017; 4(33).
- 69) Carlos O. Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona.* 2015 enero- diciembre; 18(91-104)
- 70) Anbesaw T, Fekadu B. Depresión y factores asociados entre adultos mayores en la administración de la ciudad de Bahir Dar, noroeste de Etiopía, 2020: estudio transversal. *Más uno.* 2022 23 de agosto; 17 (8): e0273345. doi: 10.1371/journal.pone.0273345. PMID: 35998120; IDPM: PMC9397869.
- 71) Galán-Arroyo C, Pereira-Payo D, Hernández-Mocholí MÁ, Merellano-Navarro E, Pérez-Gómez J, Rojo-Ramos J, Adsuar JC. Depression and Exercise in Older Adults: Exercise Looks after You Program, User Profile. *Healthcare (Basel).* 2022 Jan 18;10(2):181. doi: 10.3390/healthcare10020181. PMID: 35206796; PMCID: PMC8871945.
- 72) Zenebe Y, Akele B, W/Selassie M, Necho M. Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry.* 2021 Dec 18;20(1):55. doi: 10.1186/s12991-021-00375-x. PMID: 34922595; PMCID: PMC8684627.

- 73) Tavera-Vilchis MA, Blanco-Trejo W. Prevalencia de depresión en adultos mayores adscritos a un programa de atención social a la salud. *Aten Fam.* 2022;29(3):186-190.
- 74) Fernández, K. Prevalencia de depresión en personas mayores de comunidades indígenas atendidos por el equipo de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas (AISPED) Purús en el periodo julio a setiembre del 2021 []. PE: Universidad Nacional de Ucayali; 2022

## XXI.- ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1602**  
REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 16 022 019**

Registro CONBIDÉTICA **CONBIOÉTICA 16 CEI 002 2017033**

FECHA **Lunes, 25 de abril de 2022**

**M.E. JOSE JORGE TORRIJOS ZAVALA**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF 82 ZAMORA, MICHOACÁN** 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 PROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-1602-011

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

ATENTAMENTE

**Dra. Oliva Mejía Rodríguez**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1602

Dr. \_\_\_\_\_

**IMSS**

SEGURIDAD SOCIAL



GOBIERNO DE  
MÉXICO



Especialidad unidad de medicina familiar No. 82  
Residencia de Medicina Familiar

ASUNTO: SOLICITUD PARA REALIZAR PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN EN LA UMF 82

Zamora, Michoacán, a 7 de marzo de 2022

Dr. Eduardo Vega Espinosa  
Director Médico UMF 82

Presente

Con el gusto de saludarle, mediante la presente le informamos que la **Dra. Criselena Díaz de León Corte**, quien es médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar en nuestra sede, tiene la intención de realizar una tesis de trabajo titulado "**Prevalencia de síntomas depresivos en el adulto mayor en la UMF 82 Zamora, Michoacán**", motivo por el cual solicitamos de su autorización para que el alumno pueda llevar a cabo su intervención en la unidad a su digno cargo.

Cabe mencionar que se respetaran los principios de Bioética, nos comprometemos a mantener la confidencialidad de los datos de los pacientes.

Sin más por el momento quedamos a sus órdenes, agradeciendo su atención, nos despedimos, no sin antes enviarle un cordial saludo y deseando pase un excelente día.

Dr. José Jorge Torrijos Zavala  
Profesor Titular de Residencia en MF

Carrtera Federal Zamora-La Barca 509, Comunidad Baserra de Torres, Zamora, Michoacán,  
Tel: 514-74-47332 Ext. 21382.



2022 Flores  
del Magón

## **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Zamora, Michoacán, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 2022

Usted ha sido invitado a participar en el estudio de investigación titulado: **Prevalencia de Síntomas Depresivos en el Adulto Mayor**, Registrado ante el Comité de Investigación y ante el Comité de Ética en Investigación del HGR No. 1 de Charo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**El siguiente documento le proporciona información detallada. Por favor léalo atentamente.**

### **JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO:**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la depresión o desánimo es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de amor propio, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración y en su forma más grave conduce al suicidio. El **objetivo del estudio** Determinar la Prevalencia de Síntomas Depresivos en el adulto mayor en la UMF 82 Zamora, Michoacán

### **PROCEDIMIENTOS:**

Si usted acepta participar, se le realizará un cuestionario de 15 preguntas, en los cuales sólo responderá con SI o NO a cada una, cada pregunta tiene un puntaje el cual al final se suma y de acuerdo al resultado podremos clasificar si padece síntomas de melancolía o depresión.

### **RIESGOS Y MOLESTIAS:**

Los posibles riesgos y molestias derivados de su participación en el estudio, son:

1) incomodidad al responder algunas preguntas del cuestionario. 2) falta de tiempo para contestar dicha encuesta 3) no hay ningún riesgo ya que únicamente son cuestionario.

### **BENEFICIOS**

Los beneficios que obtendrá al participar en el estudio son: recibir información sobre si

padece algún grado de depresión y así poder canalizarlo a las áreas correspondientes.

### **INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO**

La Dra. Criselena Díaz de León Cortés se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que pudiera tener acerca de los procedimientos. Así como darle información sobre cualquier resultado.

### **PARTICIPACIÓN O RETIRO**

**Su participación en este estudio es completamente voluntaria.** Si no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con el IMSS ni su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que ya recibe.

### **PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD**

La información que proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarlo (como su nombre, teléfono y dirección) será guardada de manera confidencial y por separado, al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados de sus pruebas clínicas, para garantizar su privacidad.

Nadie tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante el estudio. NO se dará información que pudiera revelar su identidad, siempre su identidad será protegida y ocultada, le asignaremos un número para identificar sus datos y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.

### **PERSONAL DE CONTACTO EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES**

En caso de Dudas sobre el protocolo de investigación podrá dirigirse a:

Comité de ética HGR 1 en Morelia, Michoacán al siguiente mail:  
comitedeeticahgr1@gmail.com

Comisión Nacional de Ética en Investigación del IMSS. Paseo de la Reforma # 476, Ciudad de México. C.P. 06600 Teléfono: (55) 52382700 Atención a la ciudadanía: 01 8000 62232323, correo electrónico [comité.eticainv@imss.gob.mx](mailto:comité.eticainv@imss.gob.mx) Instituto Mexicano del Seguro Social o con la Dra. En C Anel Gómez García Presidente del Comité Local de Ética en Investigación en Salud (CLES) N 16028 del HGR N1 al teléfono 3109950

extensión 31315

**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado una copia de este formato. Alfirmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

---

Nombre y Firma del Participante

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

---

Nombre, Dirección, Relación y Firma

Nombre, Dirección, Relación y Firma

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

NOMBRE							
EDAD							
NSS							
ESCOLARIDAD							
OCUPACIÓN							
GÉNERO							
		<b>ESTADO CIVIL</b>					
SOLTERO		CASADO		VIUDO		UNIÓN LIBRE	
CON QUIEN VIVE		CON QUIEN PASEA		CON QUIEN CONVIVE		CON QUIEN SALE	

<b>ENFERMEDADES CRÓNICAS</b>							
DM		HAS		ENF. RENAL		IAM	
CÁNCER		EVC		ENF. TIROIDES		OTRAS	

## **INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.**

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yasavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5 a 7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con SÍ o NO a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones desde 30 ítems. Se revisará la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica se ha probado en personas mayores sanas, enfermas o con deterioro cognitivo de leve a moderado.

Material requerido:

- Cuestionario de la versión de 15 ítems de Escala de Depresión Geriátrica.
- 1 pluma

Instrucciones.

Vea directamente a la persona, lograr su atención y explicarle “Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta cómo se ha sentido únicamente durante la última semana, responda con Si o No “. Iniciar las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el siguiente orden como se muestra en la siguiente página.

Nombre completo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

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

**TOTAL** \_\_\_\_\_

### **CALIFICACIÓN.**

Se otorga un punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (SI o **NO** en negritas) Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos.

Calificación total, sumar los puntos por cada respuesta SI o No en negritas.

La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

### **INTERPRETACIÓN.**

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