



Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Michoacán

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

División de Estudios de Posgrado: Programa de Residencias Médicas

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez"



***RELACIÓN DE DEPRESIÓN CON DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES EN LA
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 82 EN ZAMORA MICHOACÁN***

TESIS

Para obtener el grado de

Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Emma Margarita Torres Morales

Asesor de Tesis

MSP. María Guadalupe Valdespino Padilla

Epidemiología, Unidad de Medicina Familiar número 82

Co-Asesor de Tesis

ME. José Jorge Torrijos Zavala

Profesor Titular de especialidad Medicina Familiar Unidad, Maestro en Educación

Número de Registro Institucional ante comité de Ética e Investigación

R-2023-1603-016

Zamora de Hidalgo, Michoacán de Ocampo, México.

Febrero 2026



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHAVEZ"



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 82

Dr. Edgar Josué Palomares Vallejo
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

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

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

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

Dr. Andrés Eusebio Olalde Gil
Coordinador Clínica de Educación e Investigación en Salud

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



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHÁVEZ”

Dr. Víctor Hugo Mercado Gómez
Director de la facultad de Medicina Dr. Ignacio Chávez Sánchez.

Dr. José Luis Martínez Toledo
Jefe de Subdivisión de Medicina Familiar de la UMSNH, división de Estudios
de Posgrado.

Dr. Cleto Álvarez Aguilar
Coordinador del Programa de Especialidad en Medicina Familiar

Identificación de los Autores

Investigador Responsable

Nombre: Emma Margarita Torres Morales

Matrícula: 96171180

Adscripción: Unidad Medicina Familiar no. 82 Zamora de Hidalgo, Michoacán de Ocampo

Residente Tercer Año. Especialidad en Medicina Familiar

Asesor de Tesis

Nombre: M.S.P. María Guadalupe Valdespino Padilla

Matrícula: 98201805

Adscripción: Unidad Medicina Familiar no. 82 Zamora de Hidalgo, Michoacán de Ocampo

Departamento de trabajo: Unidad Medicina Familiar no. 82 Zamora de Hidalgo, Michoacán de Ocampo. Área de Epidemiología.

Correo electrónico: maria.valdespino@imss.gob.mx

Co-Asesor de Tesis

Nombre: M.E. José Jorge Torrijos Zavala

Matrícula: 99319297

Adscripción: Unidad Medicina Familiar no. 82 Zamora de Hidalgo, Michoacán de Ocampo

Departamento de trabajo: Unidad de Medicina Familiar no. 82 Zamora de Hidalgo, Michoacán de Ocampo. Área de Enseñanza, Maestro en Educación

Correo electrónico: jose.torrijos@imss.gob.mx

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, de la cual estoy ampliamente orgullosa de formar parte, por avalar la especialidad de Medicina Familiar.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, quién por medio de la Unidad de Medicina Familiar número 82, así como el Hospital General de zona número 04 Dr. Felipe Velarde Torres, en la Ciudad de Zamora de Hidalgo, Michoacán de Ocampo, a través de sus puertas abiertas y sus medios, me permitió extender y fortalecer mi conocimiento, además de hacerme sentir como parte de esta gran y reconocida Institución.

A mis asesores la Dra. María Guadalupe Valdespino Padilla y a el Dr. José Jorge Torrijos Zavala, quienes, sin su gran ayuda, esto no pudiera ser posible, por darme siempre su atención, orientación y enseñanza en este estudio de Investigación.

Además, quiero agradecer a todos los Doctores dentro de la Unidad de Medicina Familiar número 82 y el Hospital General de Zona número 04, por brindarme sus conocimientos, por darme todas las bases y herramientas para convertirme en una excelente e integral Médico Familiar;

Dra. Alma Rosa Moreno Ibarra, Dr. Navarrete Ochoa, Dr. Díaz Torres, Dra. Nadia Mancilla, Dra. Marysol Valencia, Dr. Noé Ruíz, Dr. Luis Armando Amezcua, Dr. Abraham Navarro, Dr. Sergio Arreola, Dra. Bárbara Izaguirre, Dra. Nadia Quiroz, Dra. Liliana León, Dr. Martínez Mirada, Dr. Miguel Herrera, Dr. Rigoberto Domínguez, Dr. Enrique Avalos, Dr. Rubén Vega, Dra. Eva Galván, Dra. María Eugenia Alcantar, Dra. Janyra Baltazar, Dr. Felipe Montoya, Dr. Omar Franco, Dr. Yonatan Campos, Dr. Ernesto Ortiz, Dr. Marcos Cárdenas y al Director Dr. Luis Alberto Luna.

DEDICATORIA

A mi padre, el Ingeniero y Maestro, Héctor Enrique Torres Paredes, quién ha sido por siempre mi apoyo incondicional, mi chapulín colorado y mi más grande amor. La persona que más me ha apoyado desde el primer momento que decidí estudiar Medicina, quién ha hecho todo lo posible y todo lo que ha estado en sus manos, por construir mis sueños.

A mi madre, la Licenciada, Rosa Margarita Morales Alvarado, quién desde el primer momento en el que me dio la vida, ha sido mi mejor amiga y mi más grande consejera. La persona que ha orientado en cada momento y en cada paso de mis decisiones, quién con su gran sabiduría me ha ayudado a superarme cada día.

A mis hermanas, Ana Sofía Torres Morales y Ximena Torres Morales, las dos niñas de mis ojos, el regalo más grande que me han dado mis papás, la vida y Dios, quienes, con su gran amor, admiración y cariño, me ayudan a seguir todos los días de mi vida, para ser un gran ejemplo para ellas.

A mi Abuela, Rosa María Alvarado Luna, quién es una de las mujeres más grandes en mi vida, con su gran ejemplo de trabajo diario, quién me ha encaminado a esta etapa a seguirle en todo momento, nunca rendirme y ver siempre hacia adelante.

A mi Abuelo, José Morales Cota, quién fue mi inspiración para basarme en este tema de Investigación, uno de los hombres más importantes para mí, con su gran ejemplo de aprendizaje diario, al ser una de las personas más inteligentes que he conocido en mi vida.

A mi Familia Torres y a mi Familia Alvarado, quienes desde lejos siempre me animaron a seguir adelante, a luchar día con día y a ponerle todas las ganas, felicitándome por el camino recorrido siempre que los veía, haciéndome sentir con ganas de continuar de la mejor manera, llenándome de su amor y cariño.

A mis mejores amigos, el Doctor Pablo Rafael de la Cruz Albillo y la Doctora Karen Lisette Rivera García, quienes han estado para mí a lo largo de toda mi carrera de Medicina General hasta la especialidad de Medicina Familiar, por escucharme siempre que lo necesite, por estar ahí para mí en todo momento con sus brazos abiertos.

A mis amigas, las doctoras Yoana Méndez Peña y Mirna Flores Manzo, mis compañeras en la Residencia de Medicina Familiar, quienes me han brindado su amor y amistad desde el principio hasta el final, con quienes me he sentido en familia y en casa.

A mi Profesor Titular de Residencia de Medicina Familiar, el Maestro y Doctor José Jorge Torrijos Zavala, quién ha sido la persona más importante en mi Residencia Médica, con quién siempre estaré agradecida por toda la paciencia, el apoyo y ayuda brindada durante esta etapa, sin él no hubiera sido posible culminar esta fase.

Esta tesis también, va dedicada a todos aquellos pacientes y cuidadores primarios, quienes aceptaron participar en este estudio de Investigación, por su tiempo, paciencia y colaboración, quienes además al compartirme todas sus vivencias y experiencias de vida, me ayudaron a entender aún más, así como fortalecer lo que es realmente Medicina Familiar, formar parte también de la familia de nuestros pacientes.

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract	2
Abreviaturas	3
Glosario	4
Relación de Tablas y Figuras	10
Introducción	11
Marco Teórico	12
Justificación	26
Planteamiento del Problema	27
Objetivos	28
Hipótesis	29
Material y Métodos	29
Aspectos Éticos	39
Recursos, Financiamiento y Factibilidad	40
Cronograma de Actividades	41
Resultados	43
Discusión	49
Conclusiones	51
Recomendaciones	53
Referencias Bibliográficas	54
Anexos	59

RESUMEN

Título: Relación de depresión con demencia en adultos mayores en la unidad de Medicina Familiar número 82 en Zamora Michoacán.

Antecedentes: Durante la etapa del adulto mayor, se ha estudiado ampliamente la relación de depresión con demencia, donde se observa que además de la presencia de síntomas depresivos, existen alteraciones cognitivas significativas, por lo cual, resulta ser una de las causas más frecuentes de discapacidad en este grupo etario, siendo así, un problema importante en nuestra sociedad.

Objetivo: Determinar la relación entre depresión con demencia en adultos mayores en la unidad de medicina familiar número 82 en Zamora Michoacán.

Material y Métodos: En el presente estudio de investigación tipo observacional descriptivo de diseño analítico prospectivo con medición transversal, se estudió si existe una relación entre depresión con demencia en adultos mayores de 65 años de edad, de ambos sexos, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social con adscripción a la unidad de medicina familiar número 82 en la ciudad de Zamora Michoacán, en un periodo de 1 año, de octubre del 2023 a octubre del 2024.

Infraestructura: El estudio de investigación mencionado, se realizó en los espacios de la unidad de medicina familiar número 82 en Zamora Michoacán. Para el desarrollo de este, nos ayudamos principalmente con los pacientes derechohabientes de los consultorios médicos.

Tiempo de desarrollo: Periodo comprendido de octubre de 2023 a octubre de 2024, con un total de duración de 1 año.

Experiencia del grupo: El equipo de trabajo que llevó a cabo el presente estudio de investigación, está conformado por una médica epidemióloga, maestra en salud pública, y un médico familiar, maestro en enseñanza, quienes tienen diplomados en investigación.

Palabras Clave: Depresión, Depresión Geriátrica, Demencia, Deterioro cognitivo, Trastorno Neurocognitivo Mayor, Adulto Mayor.

ABSTRACT

Title: Relationship between depression and dementia in older adults in the Family Medicine Unit number 82 in Zamora Michoacán.

Background: The relationship between depression and dementia in older adults has been extensively studied, revealing that, beyond the presence of depressive symptoms, significant cognitive impairments are also observed. This association makes depression and dementia a leading cause of disability in this age group, representing a major public health concern.

Objective: To examine the correlation between depression and dementia in older adults receiving care at Family Medicine Unit No. 82 in Zamora Michoacán.

Materials and Methods: This study is a descriptive, observational investigation with a prospective analytical design and a cross-sectional approach. It aims to assess the relationship between depression and dementia among individuals aged 65 and older, of both sexes, who are beneficiaries of the Mexican Social Security Institute (IMSS) and assigned to Family Medicine Unit No. 82 in Zamora, Michoacán. The study will be conducted over one year, from October 2023 to October 2024.

Infrastructure: The research will take place within the facilities of Family Medicine Unit No. 82 in Zamora, Michoacán. The study will rely on the participation of patients attending the unit's medical offices.

Study Duration: The research will span one year, from October 2023 to October 2024.

Research Team: The study will be conducted by a multidisciplinary team consisting of a medical epidemiologist, a public health specialist, and a family physician with expertise in teaching and research, holding relevant certifications in the field.

Keywords: Depression, Geriatric Depression Dementia, Cognitive Impairment, Major Neurocognitive Disorder, Older Adult.

ABREVIATURAS

APA.- *American Psychiatric Association / Asociación Americana de Psiquiatría*

AZ.- *Alzheimer*

DCL.- *Deterioro cognitivo leve*

DSM-V.- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*

EA.- *Enfermedad de Alzheimer*

EDB.- *Escala de Desesperanza de Beck*

EDGY.- *Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage*

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

INEGI.- *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*

IMAO.- *Inhibidores de Monoaminooxidasa*

ISRS.- *Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina*

MMSE.- *Examen Mínimo del Estado Mental*

OMS.- *Organización Mundial de la Salud*

OPS.- *Organización Panamericana de la Salud*

SNC.- *Sistema Nervioso Central*

GLOSARIO

Adulto Mayor. - De acuerdo a la OMS, se define como adulto mayor a cualquier persona, sea hombre o mujer que sobrepasa los 60 años de edad. Si bien no hay una clasificación de los adultos mayores de la OMS, se reconocen que existen diferentes subgrupos que pueden tener características y necesidades diferentes. A nivel general, la clasificación más aceptada es: adultos mayores jóvenes: entre 60 y 74 años de edad, adultos mayores medianos: entre los 75 y 84 años, y adultos mayores viejos: 85 años en adelante. Otra clasificación aceptada es por el estado funcional: Independientes, aquellos que pueden realizar sus actividades diarias sin ayuda significativa, que mantienen una buena salud mental y física. Frágiles, presentan una disminución en la capacidad del cuerpo para recuperarse y adaptarse, lo que los hace más vulnerables a enfermedades o accidentes. Dependientes, requieren de ayuda y apoyo extra para llevar a cabo actividades diarias básicas como bañarse, comer o vestirse.

Acetilcolina. - La acetilcolina (ACh) es un neurotransmisor excitatorio secretado por neuronas motoras, núcleos basales, neuronas preganglionares del sistema nervioso autónomo y neuronas preganglionares de los sistemas nerviosos parasimpático y simpático. Su función principal es estimular la contracción muscular.

Benzodiacepinas. - Medicamentos psicotrópicos ampliamente prescritos que tienen propiedades sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, antiepilépticos, amnésicos y miorrelajantes, usados para el tratamiento de ansiedad, estrés o insomnio. Actúan como depresores del sistema nervioso central, aumentando los niveles del neurotransmisor GABA en el cerebro. Son adictivas y producen dependencia y abstinencia.

Calidad de vida. - Designa las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida. Es un concepto subjetivo y muy vinculado a la sociedad en que el individuo existe y se desarrolla.

Demencia. - Término que engloba varias enfermedades que afectan la memoria, el pensamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Este tipo de enfermedades se caracterizan por empeorar con el tiempo. La demencia es un síndrome que puede deberse a una serie de enfermedades que, con el tiempo, destruyen las células nerviosas y dañan el cerebro, lo que generalmente conduce al deterioro de la función cognitiva más allá de lo que podría considerarse una consecuencia habitual del envejecimiento biológico. Si bien la conciencia no se ve afectada, el deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones precedido, por cambios en el estado de ánimo, el control emocional, el comportamiento o la motivación. La OMS reconoce a la demencia como una prioridad de salud pública.

Depresión. - Trastorno mental caracterizado fundamentalmente por la tristeza y el desánimo. Se asocia, además, con alteraciones físicas y cognitivas, afectando al desarrollo funcional del paciente, así como a las relaciones sociales o al lenguaje. El trastorno depresivo denominado mayor es el más frecuente, es, además, una de las patologías más frecuentes en las consultas de Atención Primaria y la primera causa de atención psiquiátrica y de discapacidad derivada de problemas mentales. Los trastornos depresivos pueden clasificarse en depresión mayor, depresión reactiva, depresión enmascarada y distimia.

Depresión enmascarada. - Trastorno depresivo el cual se manifiesta con molestias orgánicas como somatizaciones o cambios en la conducta.

Depresión mayor. - Trastorno depresivo más común. Tiene un origen más biológico o endógeno, con un mayor componente genético y menor influencia de factores externos.

Depresión reactiva. - Trastorno depresivo causado por una mala adaptación a las circunstancias ambientales estresantes.

Distimia. - Trastorno depresivo que se caracteriza por un cuadro depresivo de intensidad menor, pero de evolución crónica de más de dos años, sin periodos asintomáticos y con sentimientos de incapacidad y somatizaciones.

Dopamina. - *La dopamina es un neurotransmisor secretado por las neuronas de la sustancia negra del mesencéfalo, es considerado un tipo especial de neurotransmisor ya que sus efectos son tanto excitatorios como inhibitorios, dependiendo a qué receptor se ligue.*

Enfermedad de Alzheimer. - *Desorden neurodegenerativo caracterizado por un daño progresivo a los procesos de aprendizaje y memoria. Está asociado con una carencia de acetilcolina en ciertas regiones cerebrales.*

Enfermedades Neurodegenerativas. - *Enfermedades que constituyen a un grupo heterogéneo de enfermedades que afectan al sistema nervioso central (SNC) y se caracterizan por una pérdida neuronal progresiva en áreas concretadas del cerebro. La enfermedad neurodegenerativa más frecuente y con más prevalencia es la enfermedad de Alzheimer.*

Envejecimiento. - *Proceso propio, gradual, dinámico, que no puede ser revertido, el cual implica la disminución de las capacidades de los diferentes órganos y sistemas para presentar una respuesta eficiente a las modificaciones constantes en el medio ambiente o en el medio interno. Durante este proceso, se ven involucrados una serie de elementos biológicos, psíquicos y sociales. Es un proceso de cambios fisiológicos progresivos en un organismo que conducen a la senescencia, o una disminución de las funciones biológicas y de la capacidad del organismo para adaptarse al estrés metabólico.*

Envejecimiento Poblacional. - *Cambios en la composición por edades de una población, de tal manera que existe un aumento en la proporción de adultos mayores. El envejecimiento demográfico surge como consecuencia de una disminución en los índices de fecundidad y un aumento en la esperanza de vida.*

Esperanza de vida. - *Índice o porcentaje que se toma en cuenta para determinar cuánto se espera que viva una persona en un contexto social determinado. Este índice depende del sexo, nivel de educación, condición sanitaria, medidas de prevención, nivel económico, atención de salud, etcétera. Para calcularlo se cuentan dentro de las muertes registradas*

en un periodo de tiempo (tasa de mortalidad) la edad de los fallecidos. La esperanza de vida es variable y se muestra una tendencia a incrementarse con el paso del tiempo debido al progreso científico y tecnológico.

GABA. - El ácido gamma-amino butírico (GABA) es el neurotransmisor inhibitorio más poderoso producido por las neuronas de la médula espinal, cerebelo, núcleos de la base y numerosas áreas de la corteza cerebral. Es un derivado del glutamato. Las funciones de este están relacionadas con el humor y las emociones. Es un neurotransmisor inhibitorio que actúa como freno para los neurotransmisores excitatorios; por lo tanto, niveles anormales bajos de este, pueden provocar ansiedad.

Glutamato. - El glutamato (Glu) es el neurotransmisor excitatorio más poderoso en el sistema nervioso central, lo cual asegura la homeostasis en conjunto con los efectos del GABA. Es secretado por neuronas de varias de las vías sensitivas que ingresan al sistema nervioso central, así como a la corteza cerebral. Es también, el neurotransmisor más común en el SNC para procesos de aprendizaje y memoria. Dada la influencia que ejerce sobre la excitabilidad, niveles inapropiados de este pueden contribuir al desarrollo de desórdenes cognitivos y afectivos.

Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO). - Los inhibidores de la monoamino oxidasa constituyen la categoría terapéutica a la que pertenece cierto grupo de fármacos antidepresivos y actúan bloqueando la acción de la enzima monoamino oxidasa. Fueron los primeros antidepresivos existentes en el mercado. Estos medicamentos, alivian la depresión porque afectan a los neurotransmisores utilizados para comunicarse entre las células cerebrales. La enzima Monoaminoxidasa participa en la eliminación de los neurotransmisores norepinefrina, serotonina y dopamina del cerebro, estos medicamentos evitan que esto suceda.

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS): Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina tratan la depresión aumentando los niveles de serotonina en el cerebro. La serotonina es uno de los neurotransmisores que transportan señales entre las neuronas. Estos medicamentos, bloquean la reabsorción de la serotonina en las

neuronas. De este modo, hay más serotonina disponible para mejorar la transmisión entre neuronas, se denominan selectivos, porque afectan principalmente a la serotonina, no a otros neurotransmisores.

Neurotransmisores. - Sustancias que permiten que las neuronas se comuniquen entre sí. Se denominan también como mensajes químicos del cerebro que pueden enviar señales excitatorias o inhibitorias para que generen señales hacia los tejidos sobre los que actuarán en el proceso de la transmisión sináptica. Los neurotransmisores son sintetizados y liberados en las terminaciones nerviosas a nivel de la hendidura sináptica. Luego de liberados, los neurotransmisores se ligan a proteínas receptoras en la membrana celular del tejido diana. El tejido diana puede entonces excitarse, inhibirse, o modificarse funcionalmente.

Norepinefrina. - La norepinefrina (NE), también conocida como noradrenalina (NAd), es un neurotransmisor excitatorio producido en el tronco encefálico, hipotálamo y glándulas suprarrenales, el cual es liberado al torrente sanguíneo. En el cuerpo este neurotransmisor es secretado por la mayoría de los nervios simpáticos postganglionares y actúa estimulando procesos fisiológicos. En casos en los cuales su concentración es baja, se asocia con desórdenes del estado anímico como ansiedad y depresión.

Senescencia. - Cambio irreversible que se produce en un sistema o en una estructura a partir del paso del tiempo. La senescencia se asocia a un deterioro: el paso de los años hace que el organismo o la estructura no logren conservar sus capacidades intactas. De esta manera, pierde funcionalidad, eficiencia, fuerza, entre otros factores posibles, mientras simultáneamente se incrementa su vulnerabilidad.

Senescencia Celular. - Proceso que comienza como una consecuencia directa del daño y estrés que tiene lugar en una célula. Este proceso es esencial para la supresión de las células cancerígenas y también se vincula a la tarea de reparar los tejidos y sus inflamaciones. Por otro lado, la senescencia celular también participa de procesos tales como el envejecimiento.

Serotonina. - La serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT) es un neurotransmisor inhibitorio que ha sido íntimamente relacionado con las emociones y el humor. Es secretado por las neuronas del tronco encefálico y por neuronas que inervan el tracto gastrointestinal. Participa en la regulación de la temperatura corporal, percepción del dolor, emociones y ciclo del sueño. Una secreción insuficiente podría resultar en un funcionamiento deficiente del sistema inmunitario, así como en una serie de desórdenes emocionales como depresión, descontrol de impulso, trastorno obsesivo compulsivo, e inclusive tendencias suicidas.

Sistema Nervioso Central. - Es una de las dos principales divisiones del sistema nervioso y constituye uno de los pilares fundamentales en la compleja red que coordina y regula todas las funciones del cuerpo humano. El SNC está compuesto por el cerebro y la médula espinal, estructuras altamente especializadas que sirven como centro de control y procesamiento de la información del organismo. Además, el SNC juega un papel fundamental en el aprendizaje y la memoria, la percepción, la atención y la conciencia.

Suicidio. - Supone quitarse voluntariamente la vida. La OMS define el suicidio como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal. A este respecto, señala este, un problema multifactorial, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

Vejez. - Cualidad de viejo. Hace referencia a la senectud o edad senil. Aunque no existe edad exacta a la que se pueda atribuir como inicio de vejez, suele fijarse en una persona cuando supera a los 70 años de vida. La vejez también está vinculada a la categoría social que se conoce como tercera edad.

RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Criterios DSM-V Trastorno Depresivo	16
Gráfica de Resultados de Examen MMSE de Folstein	44
Gráfica de Resultados de Escala de Desesperanza de Beck	45
Gráfica de Resultados de Escala de Depresión de Yesavage	46
Gráfica de Distribución de Edad	47
Gráfica de Distribución de Sexo	48

INTRODUCCIÓN

Resulta sencillo comprender la noción de senescencia si pensamos en la vida de un ser humano. Desde el nacimiento hasta una cierta edad, las personas experimentan un proceso de desarrollo. Sin embargo, luego se inicia un proceso inverso, qué puede definirse como senescencia o envejecimiento.

El proceso del envejecimiento inicia con la modificación celular, lo que nos lleva a una pérdida neuronal y a la disminución de una serie de factores como el volumen del cerebro, de la corteza cerebral frontal, de la sustancia blanca y del cuerpo estriado. Además, estos cambios no ocurren sólo por la muerte celular, sino también a causa a qué el tamaño de estas células disminuye, llegando a imposibilitar la sinapsis (unión entre una neurona y otra, o bien, unión entre una neurona y una célula).

El envejecimiento poblacional, ha mostrado ciertas patologías asociadas, las cuales deben ser estudiadas por la incapacidad que logran atraer, ya sea de manera mental y/o física, generando un alto impacto a nivel individual, familiar, social y económico, entre estas patologías; la depresión y la demencia, presentan una mayor prevalencia.

La relación de depresión con demencia se encuentra con una alta relación en el adulto mayor, por lo cual ha motivado a investigar la clase de relación que existe entre ellas.

La depresión y la demencia en adultos mayores, son los problemas de salud mental más relevantes en nuestra actualidad. Aproximadamente la mitad de los pacientes con depresión tienen demencia, y de igual forma, los pacientes con demencia presentan en un alto porcentaje depresión.

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento poblacional es una realidad en todo el mundo, y México no es la excepción a esta problemática. Dentro de nuestro país, se estima que alrededor del 14% de la población es mayor de 60 años de edad, además se espera que este porcentaje incremente exponencialmente en los próximos años según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), así como también, de acuerdo con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) se calcula que más de 10 millones de mexicanos tienen actualmente 60 años o más, lo cual representa alrededor de un 9% del total de nuestra población, y se espera que para el año 2040, exista una probabilidad de que habrá un adulto mayor por cada tres personas mexicanas. Sin embargo, este incremento no señala por fuerza que la calidad de vida de los adultos mayores sea óptima. ^(1,2)

En la actualidad se experimenta un gran aumento en el índice de envejecimiento poblacional, gracias a los avances científicos en el campo de la medicina y la salud, lo cual ha logrado un aumento significativo de la esperanza de vida en las últimas generaciones, atribuido a un incremento progresivo de la población. No obstante, el hecho de que el número de personas consideradas adultas mayores o de la tercera edad, vaya en aumento, también lleva a un aumento significativo de incidencia de enfermedades neurodegenerativas. Entre los problemas más frecuentes de salud mental que se presentan en este grupo etario, se encuentran principalmente el trastorno de ansiedad y el trastorno de depresión. ^(2,4)

El envejecimiento como bien se ha mencionado antes, tiene una alta probabilidad de cursar con enfermedades neurodegenerativas, entre ellas, se asocia con una mayor prevalencia de trastornos psicológicos como patológicos, dentro de los cuales, la depresión y la demencia, son de gran importancia por su impacto negativo en la calidad de vida de los mismos. ⁽⁵⁾

Es importante tener en cuenta que tanto la depresión como la demencia, son más frecuentes en adultos mayores en comparación con la población general. En un estudio realizado en

México, se encontró una prevalencia de depresión del 22.7% en adultos mayores de 60 años. ⁽⁵⁾ De la misma manera, en otro estudio se encontró una prevalencia de demencia como trastorno neurocognitivo mayor del 9.8% en adultos mayores mexicanos. ⁽⁵⁾

La depresión y la demencia, son dos condiciones de salud mental, las cuales pueden afectar significativamente a la población adulta mayor, tanto de manera individual como de manera relacionada. Es frecuente encontrar que, en esta población, la depresión curse con síntomas progresivos de deterioro cognitivo que afectan principalmente a la atención y a la memoria inmediata. Así también, la demencia es capaz de generar progresivamente inseguridad e incertidumbre, lo cual duplica la probabilidad de desarrollar depresión. Es importante reconocer la consecuencia más seria de estas identidades, la cual es el suicidio. ⁽²⁾

Ambas patologías, tienen una alta prevalencia en esta población, y aunque se han realizado varios estudios sobre cada entidad nosológica por separado, la relación entre éstas, no se encuentra del todo comprendida, siendo desde hace años motivo de estudio, interés y controversia. ^(6,7)

Depresión

El “Institute for Health Metrics and Evaluation”, describe a la depresión como el segundo trastorno de salud mental con mayor prevalencia, con 3.4% a nivel mundial, únicamente sobrepasado por los trastornos de ansiedad cuya prevalencia es de 3.8%. En México, la prevalencia de la depresión es de 2.8%, lo que corresponde a 3.3 millones de mexicanos. Este trastorno incrementa en función de la edad, de forma que se duplica desde los 50 años (6% de 50 a 69 años y 6.2% para aquellos pacientes mayores de 70 años), de manera que es más frecuente en población adulta mayor. ^(1,7)

Se ha informado que la prevalencia de depresión en adultos mayores es de 74.3%, dentro de la cual esta cifra se puede dividir en 10 y 20% hospitalizados, 15 y 35% que se encuentran en asilos y hasta el 40% que presentan enfermedades comórbidas ⁽⁶⁾. Es por lo cual, una enfermedad bastante frecuente en este grupo etario, encontrando así esta alta prevalencia, nos traduce la importancia de esta entidad, ya que la depresión en la población adulta

mayor, entra como una de las principales causas de discapacidad a nivel nacional, presentándose en su mayoría dentro del primer nivel de atención. Es importante recordar que la depresión es un problema frecuente, pero no es parte normal del envejecimiento.

La depresión, también llamada “depresión clínica” o “trastorno depresivo” es considerada una enfermedad mental y una de las patologías más comunes en los adultos mayores.

La depresión en la vejez se ha encontrado que tiende a ser crónica y recurrente; debido a la presentación clínica que se presenta con dificultad. ⁽²⁾

El contexto social contribuye a la depresión, la cual mantiene que el comportamiento a lo largo de esta etapa está determinado por el contexto social en el que se desenvuelve este individuo, con tres factores importantes, los cuales se relacionan entre sí: salud, economía y apoyo social. Este punto es importante para identificar ciertos factores de riesgo presentes dentro del desarrollo de esta entidad, dentro de los cuales encontramos el factor genético, causas médicas, ambientales y sociales, siendo las más frecuentes en este grupo: historia familiar de depresión, la presencia de acontecimientos estresantes de la vida adulta, bajos ingresos económicos, la falta de apoyo de igual forma económica y emocional de parte de familiares, pobre apoyo social, enfermedades médicas graves, entre ellas, la demencia. ⁽²⁾

La depresión es caracterizada por la presencia de un estado anímico alterado, en el que la persona afectada, puede cursar o es capaz de experimentar síntomas graves, dentro de los cuales podemos encontrar en mayor frecuencia los siguientes: tristeza persistente, ansiedad o sensación de “vacío”, desesperanza o pesimismo, pérdida de interés o placer en las actividades diarias, falta de autoestima, sentimientos de culpa, impotencia, inutilidad e inferioridad, sensación de cansancio, fatiga, disminución de energía, falta de concentración, alteración o trastornos en el sueño y en el apetito, irritabilidad, frustración o intranquilidad, cambios somáticos e incluso cognitivos. Hasta ciertas personas pueden alcanzar el grado de presentar pensamientos sobre la muerte, ideación suicida e inclusive intentos de suicidio, perturbando así la capacidad de manera significativa del individuo, interfiriendo con la vida diaria, causando un malestar clínicamente importante en múltiples áreas de la vida de la persona. ^(2,8)

Dentro de este grupo de edad, los síntomas depresivos pueden presentarse de diferente forma a la ya conocida, de manera que se pueden presentar con alteraciones en los síntomas del estado de ánimo, cognitivos, neurovegetativos e inclusive somáticos. Las presentaciones dentro del trastorno del estado de ánimo incluyen tristeza, angustia social o emocional, ansiedad o irritabilidad. Los síntomas neurovegetativos incluyen disminución de energía presentándose de manera de cansancio extremo en ocasiones con alteraciones del sueño, además de alteraciones del apetito con alteraciones del peso secundarias a la misma. Dentro de los síntomas somáticos conocidos dentro de estos pacientes se llegan a incluir la cefalea, el dolor abdominal hasta pélvico, lumbalgia, e incluso alteraciones gastrointestinales como diarrea o en su mayoría, estreñimiento crónico. ⁽³⁾

La clasificación clásica de la depresión se divide en: endógenas, somatógenas y psicógenas. Las endógenas, como su nombre lo dice, van desde adentro hacia afuera, éstas, no se producen por acontecimientos psicosociales externos, sino que se relacionan con una vulneración específica del mismo psiquismo del paciente. Por otro lado, las somatógenas, tienen causas orgánicas demostrables. En general, el trastorno depresivo es una compañera habitual de procesos infecciosos, enfermedades sobre todo tiroideas o cancerosas. Y, por último, las psicógenas, son originadas por causas psíquicas o ambientales, sobre todo por componentes psicosociales. En relación con el CIE-10, entre las manifestaciones de los episodios depresivos típicos de este individuo enfermo se encuentra un estado de ánimo depresivo, con una pérdida de interés, así como de disfrutar las cosas, una disminución de vitalidad, lo cual por consecuencia lleva a una reducción del nivel de actividad y un cansancio exagerado, trastornos dentro del sueño y del apetito, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa, perspectiva sombría hacia el futuro, pensamientos sobre suicidio e incluso actos suicidas como autoagresiones. ⁽²⁾

De acuerdo a la clasificación diagnóstica en la quinta edición en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-V por sus siglas en inglés) del año 2014, define a la depresión como un trastorno afectivo acompañado de un conjunto de síntomas de intensidad y duración variable, donde se explica nueve síntomas principales, de los

cuales, el paciente debe presentar como mínimo cinco de los síntomas durante dos semanas para el diagnóstico de depresión. El manual especifica que al menos uno de ellos debe ser el estado de ánimo deprimido, la falta de interés y/o falta de placer. ^(2,9)

Criterios DSM-V Trastorno Depresivo
Debe presentar al menos 5 síntomas durante 2 semanas:
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días
2. Disminución importante del interés o placer, casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o bien, aumento de peso
4. Insomnio o hipersomnia, casi todos los días
5. Agitación o retraso psicomotor, casi todos los días
6. Fatiga o pérdida de energía, casi todos los días
7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva, casi todos los días
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días
9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida sin un plan determinado, intento de suicidio, o un plan específico para llevarlo a cabo
Tabla 1.

La depresión puede tener varias causantes, las cuales van desde la predisposición genética hasta un alto grado de vulnerabilidad a los acontecimientos de la vida. La depresión adquiere una importancia social mucho más grande entre el adulto mayor que entre el adulto joven, debido en parte a las tasas de suicidio. La depresión del anciano tiene formas

específicas de presentación, en su mayoría presentándose como depresión menor o depresión de inicio tardío, y a veces, pueden predominar síntomas físicos o cognitivos. ⁽²⁾

Hay diferentes tipos de depresión que pueden estar presentes en la población adulta mayor, dos de los tipos más frecuentes de depresión son: Depresión mayor o Trastorno depresivo mayor; el cual implica síntomas de depresión la mayoría del tiempo que duran al menos dos semanas e interfieren en la capacidad de llevar a cabo tareas diarias y Trastorno depresivo persistente o distimia; el cual es considerado un estado de ánimo depresivo que a menudo incluye síntomas de depresión menos graves que dura mucho más tiempo, por lo menos durante dos años, donde el individuo puede ejecutar tareas diarias, a diferencia del trastorno anterior. Otros tipos de depresión menos son: Trastorno depresivo inducido por sustancias, como alcohol o analgésicos, Trastorno depresivo debido a una afección médica. ⁽⁹⁾

La depresión crónica, mejor conocida como “trastorno depresivo persistente” o “distimia”, es considerada un tipo diferente de depresión que se encuentra con mayor frecuencia en esta población, la cual puede persistir toda la vida, con importantes repercusiones en la calidad de vida, se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos persistentes durante un periodo prolongado, generalmente por lo menos durante dos años en la población adulta. Los síntomas de este tipo de depresión, son menos intensos, es decir, de menor gravedad, lo cual nos traduce a pacientes más estables, pero que se mantienen a lo largo de un tiempo mucho mayor, por lo cual, se considera que tiene peor pronóstico que la depresión clínica o “trastorno depresivo”. ^(9,11)

El trastorno distímico es caracterizado por un estado de ánimo depresivo durante días la mayor parte del día y dos o más de la siguiente sintomatología: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía, falta de concentración, baja autoestima, dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza, la persona afectada no debe explicarse por la presencia de trastorno depresivo mayor crónico, episodio maníaco, hipomaníaco o mixto, trastorno ciclotímico o abuso de sustancias. Asimismo, los síntomas no deben estar relacionados con el uso de sustancias, medicamentos, enfermedades médicas o cualquier evento de la vida que pueda generar estado de tristeza. ⁽¹¹⁾

El riesgo de padecer depresión en cualquiera que sea su presentación, se ve incrementado por múltiples condiciones, poniendo en primer lugar, diferentes circunstancias de la vida, entre ellas las condiciones de pobreza, enfermedad, eventos trágicos, abuso de sustancias, etcétera. ⁽¹²⁾

Cualquiera de los diferentes tipos de depresión es capaz de modificar en gran medida las respuestas conductuales y cognitivas, las cuales deben considerarse a profundidad, ya que estas, van a disminuir de manera significativa la capacidad personal para la interacción social, así como también llevar a cabo tareas diarias y laborales, pero, sobre todo, para apegarse a tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos. ^(8,10, 13)

La presencia de cualquier tipo de depresión en personas afectadas con cualquier tipo de trastorno neurocognitivo mayor, en especial la demencia, puede agravar los síntomas cognitivos relacionados principalmente con la dificultad de la concentración y problemas de memoria, así como afectar la independencia funcional, el estado de ánimo general y la calidad de vida de los pacientes, dificultar el manejo y tratamiento de la enfermedad tanto individual como en la relación de ambas. ^(10,13)

Se han determinado tres subtipos de disfuncionalidad cognitiva, asociadas con depresión en estos pacientes. El primer subtipo presenta complicaciones en la memoria, mientras que los otros dos subtipos presentan combinaciones de dificultades en la memoria, además de funciones ejecutivas y atención, los cuales tienden a tener mayor alteración funcional, agravando la calidad de vida de las personas, debido a que las funciones ejecutivas son las responsables de la planificación conductual, pensamientos, integración emocional, abstracción y secuencia de actividades. Por esta razón, se ve afectada la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana. ^(8,10)

En la disminución de las funciones ejecutivas existe una falta de desempeño en tareas stroop, donde se presentan los nombres de colores (rojo, amarillo, azul, verde), impresos en tinta de un color que no concuerda con el nombre, por lo cual, el adulto mayor deberá leer las palabras e inhibir una de las dos características para así poder lograr la evaluación. La falta o disminución de desempeño en esta tarea, se enfoca en la planeación conductual con

efectos retardados del tratamiento médico y resulta en la probabilidad de presentar otro episodio depresivo. ^(8,14)

Se ha propuesto un modelo para explicar los déficits ejecutivos presentes en el trastorno depresivo, el cual se ha denominado disfunción ejecutiva depresiva, quienes padecen este tipo de disfunción, presentan, como lo dice su nombre, disfunciones ejecutivas, además de retraso psicomotor, dificultad para realizar actividades diarias y sintomatología depresiva limitada. ^(8, 10,12)

La etiología de la depresión es bastante compleja, en ella intervienen múltiples factores, tanto genéticos, biológicos y psicosociales. Dentro de los factores biológicos se ha demostrado que existen alteraciones a nivel de neurotransmisores, citoquinas y hormonas, además de modificaciones en sistema nervioso, inmunológico y endocrino. Las aminas biógenas se encuentran con disminución principalmente en la Serotonina, Noradrenalina y Dopamina. En las alteraciones de la regulación hormonal, el estrés crónico hace que la Somatostatina y la Hormona Liberadora de Corticotropina inhiban la secreción de Noradrenalina y Dopamina. Las citosinas inflamatorias producen una alteración de la plasticidad cerebral. Las consideraciones neuroanatómicas, anormalidades del sistema límbico-cortical, disminución de la corteza prefrontal, aumento de la actividad de la amígdala y la presencia del gen promotor de transporte de Serotonina están ampliamente relacionadas de igual forma con el estrés neuronal y sus acciones depresoras. La psiconeuroinmunología ha demostrado alteraciones en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal, estas, mediadas por citoquinas, así como también, alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en la depresión, dentro de los cuales explican la reducción del número de transportadores de serotonina. ⁽¹⁵⁾

Todo esto fundamentado en la observación de la reserpina. Un alcaloide utilizado en el tratamiento de la hipertensión hace algunos años, el cual producía síntomas depresivos hasta en un 15% de la población tratada, este efecto tuvo asociación con un notable descenso de serotonina, noradrenalina y dopamina en el cerebro por inhibición de la captación del transmisor a través de las vesículas sinápticas en la célula presináptica. ⁽¹⁵⁾

La depresión es una enfermedad que frecuentemente es diagnosticada sólo con la clínica, y por lo anteriormente mencionado, se comprende que esta enfermedad es bastante compleja, por lo cual su tratamiento deberá basarse en la comprensión de su etiología, integrando para ello la farmacoterapia de manera temprana y las intervenciones psicoterapéuticas. ^(10,15)

En la actualidad, el tratamiento farmacológico principal para la depresión, consiste en Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS), debido a su alta eficacia y a sus bajos efectos colaterales, los cuales tiene como mecanismo de acción el bloqueo de proceso de recaptación de Serotonina hacia neurona presináptica, incrementando así, la cantidad de dicho neurotransmisor, logrando disponibilidad para los receptores de la neurona postsináptica. También se cuenta con los medicamentos Inhibidores de Monoamino oxidasa (IMAO), los cuales aumentan concentración de Serotonina y Noradrenalina en el cerebro al disminuir la degradación de los neurotransmisores por la monoaminooxidasa. Los antidepresivos tricíclicos fueron descubiertos luego de los IMAO, estos resultaron muy eficaces debido a su acción bloqueadora de recaptación de Serotonina y Noradrenalina por las neuronas presinápticas, prolongando la acción de estos transmisores en hendidura sináptica, de esta forma, igual que los anteriores, aumentan la disponibilidad de Serotonina y aminas biógenas. ^(13,15)

En los casos donde se haya diagnosticado pacientes con ambas afecciones médicas, es de gran importancia establecer un tratamiento individualizado, el cual incluya fármacos para modificar las concentraciones de los demás neurotransmisores. ^(10,13)

La depresión en la población adulta mayor, además de que afecta de manera importante la calidad de vida, sitúa en mayor riesgo padecer algún trastorno tipo neurocognitivo mayor, siendo una de las más importantes, demencia.

Trastorno Neurocognitivo Mayor

El trastorno neurocognitivo mayor se define como un grupo de trastornos que afectan la capacidad funcional y cognitiva de una persona, entre estos trastornos, se incluye demencia.

⁽¹⁵⁾ Por otro lado, el deterioro neurocognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la

pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuro psicológicos, tales como la memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. Visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores y que generalmente es multifactorial, teniendo como factor principal, la depresión. ⁽¹⁷⁾

La relación entre depresión con demencia en adultos mayores ha sido objeto de numerosos estudios. Una de las teorías más aceptadas, es que la depresión puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de demencia. En estudios previos, se ha encontrado que los adultos mayores con diagnóstico de depresión tienen un mayor riesgo de desarrollar demencia, comparada con aquellos que nunca tuvieron dicho diagnóstico. Es así, que se ha sugerido que la depresión puede afectar el funcionamiento cognitivo y reducir la reserva cognitiva, lo que aumentaría el riesgo de desarrollar trastornos neurocognitivos mayores. ^(18,19)

Se ha encontrado que los adultos mayores con demencia tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión comparado con aquellos sin dichos trastornos, relacionando así, que esto podría deberse a la pérdida de funciones cognitivas, la reducción de la independencia y, sobre todo, la notable disminución de la calidad de vida. ^(20,21)

Se ha sugerido que la relación entre dichos trastornos, puede ser bidireccional, es decir, que ambos pueden influir en el desarrollo del otro, existiendo una relación aún más clara, así mismo, una relación unidireccional también ha sido documentada, ya que la depresión puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos neurocognitivos mayores; la depresión crónica puede conducir a atrofia del hipocampo, aumentando así el riesgo sobre todo de demencia. Hablando así de dicha relación, se ha demostrado que los adultos mayores con depresión tienen una mayor tasa de disminución cognitiva que aquellos sin depresión. Por lo tanto, la depresión podría acelerar el proceso de demencia en adultos mayores. ^(21,22)

La relación unidireccional entre depresión con demencia, también podría ser explicada por la interacción de los neurotransmisores involucrados en ambas patologías. Por ejemplo, se ha informado que los niveles bajos de serotonina están asociados tanto con la depresión

como con la disfunción cognitiva. Además de lo anteriormente mencionado, se ha demostrado que los adultos mayores con depresión tienen niveles más bajos de Acetilcolina, neurotransmisor que desempeña un papel fundamental en la transmisión de señales en el sistema nervioso central y periférico, el neurotransmisor principal en las sinapsis colinérgicas. En el sistema nervioso central, la Acetilcolina juega un papel en una amplia gama de funciones cognitivas y conductuales, entre ellas, la atención, la memoria, el aprendizaje, y el estado de ánimo. La disminución de los niveles de este importante neurotransmisor, se ha asociado con enfermedades neurodegenerativas, donde se produce una pérdida de las células colinérgicas. ⁽²³⁾

Los hallazgos encontrados en neuroimagen son más frecuentes en aquellos pacientes que cursan con depresión y trastorno neurocognitivo, algunos autores dicen haber encontrado una correlación positiva entre el grado de ensanchamiento ventricular y el grado de depresión acompañado con algún trastorno Neurocognitivo, como la demencia. ⁽²⁴⁾

Demencia

La Organización Mundial de la Salud estima que la demencia afecta a nivel mundial a unos 35,6 millones de personas y se prevé que el número total de personas con demencia se duplique cada 20 años, de modo que pasaría de 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050. La demencia constituye la tercera causa de muerte en países industrializados, seguida de las enfermedades coronarias y enfermedades oncológicas, por lo tanto, se lleva gran porcentaje de recursos sanitarios y sociales. ^(25,26) La demencia es un trastorno neurológico con manifestaciones tanto neuropsicológicas y neuropsiquiátricas que se caracteriza por el deterioro de las funciones cognoscitivas y por la presencia de cambios comportamentales. Dicho de otra manera, es un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognoscitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional o de ambos. ⁽¹⁷⁾

La demencia ha sido ampliamente estudiada y la mayoría de las definiciones coinciden en describirla como un síndrome o estado clínico que se caracteriza por el deterioro o déficit de las funciones cognitivas, que implica una importante afectación de la memoria y el nivel

de funcionamiento del individuo, de ellas, la demencia corresponde a un trastorno neurocognitivo mayor primario del sistema nervioso central por una lesión cerebral tipo cortical. En las fases más iniciales la sintomatología que más destaca es el deterioro de la memoria a corto y a largo plazo, asociado a la aparición progresiva de un deterioro del pensamiento abstracto, de la capacidad de razonamiento y de una alteración de otras funciones corticales superiores como afasia, apraxia y agnosia, así como también importantes cambios de la personalidad. Afecta principalmente a la población geriátrica, sin embargo, no es considerada como parte normal de la vejez. ^(27,28)

Esta patología se presenta con mayor frecuencia como síntomas representativos el deterioro progresivo de ciertas funciones mentales, puede dividirse en dos tipos de alteraciones de igual importancia, sintomatología cognitiva: amnesia, afasia, apraxia, agnosia y sintomatología no cognitivo o conductual: depresión, delirios e irritabilidad. La interacción entre ambos tipos de sintomatología, comporta la incapacitación progresiva del paciente con demencia, hasta el punto de resultarles imposible el hecho de llevar a cabo actividades de la vida diaria, posterior las actividades instrumentales y finalmente las actividades básicas. ⁽²⁶⁾

Los factores de riesgo para demencia en general caen dentro de 3 categorías: envejecimiento, genética y ambientales. Dentro de estas incluyen: edad avanzada, antecedentes familiares, trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia, alteraciones en vasos sanguíneos como aterosclerosis, hipertensión, hipercolesterolemia y vasculitis, diabetes mellitus, otros trastornos metabólicos, depresión y otros trastornos psiquiátricos, infecciones del sistema nervioso central, abuso de sustancias y algunos tipos de cáncer. ⁽¹⁷⁾

La evaluación clínica en el primer nivel de atención debe ser práctica, dirigida y eficiente, se realiza típicamente cuando el paciente o la familia se quejan de problemas de memoria. Sin embargo, la evaluación cognoscitiva se debe realizar a todos los adultos mayores en el primer nivel de atención rutinariamente por lo menos una vez al año en busca de deterioro a través de una prueba de tamizaje. Las funciones mentales superiores en el adulto mayor pueden verse afectadas por cambios propios del envejecimiento, entre estos, el déficit

cognoscitivo leve puede evolucionar a demencia, es por ello, la importancia de realizar ciertas pruebas para tratamiento oportuno. Se recomienda realizar pruebas de escrutinio para una valoración integral con una historia clínica completa, tal cual puede ser utilizada la prueba Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE) como prueba inicial. ⁽¹⁷⁾

Aunque es reconocida la importancia de esta enfermedad, el diagnóstico es considerado de gran complejidad, debido a su inicio insidioso, las limitantes entre la declinación cognitiva normal de la persona adulta mayor, y el deterioro patológico de la demencia. Su detección correcta y precoz es fundamental para detectar posibles etiologías reversibles, para la administración oportuna y temprana de fármacos que pueden enlentecer su proceso y para poder brindar información e introducir en programas terapéuticos que facilite un mejor afrontamiento de la enfermedad. ⁽²⁶⁾

Actualmente no se cuenta con medicamentos para el tratamiento de la demencia, sin embargo, los inhibidores de colinesterasa, mejoran la función cognoscitiva, actividades de la vida diaria y síntomas neuropsiquiátricos, debido a su mecanismo de acción que aumenta la presencia de acetilcolina en la hendidura sináptica, sin embargo, no previenen la progresión de deterioro cognoscitivo a demencia, y se deben de suspender en los casos que exista demencia grave. Los antidepresivos pueden ser utilizados en el tratamiento de la comorbilidad con depresión, se sugiere utilizar principalmente Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), ya que los antidepresivos tricíclicos pueden empeorar el déficit cognoscitivo por sus efectos anticolinérgicos secundarios. Las benzodiacepinas no son recomendadas para el manejo de los síntomas conductuales de la demencia, ya que están asociadas a mayor deterioro cognitivo. Existen intervenciones que se pueden emplear para mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen, como la optimización de la salud física y psíquica, la identificación y el tratamiento de las enfermedades físicas conexas, la detección y el tratamiento de síntomas comportamentales y el suministro de información y apoyo. ^(17,28)

Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE)

Instrumento práctico de screening o rastreo de alteraciones cognitivas, utilizado como prueba inicial en aquellas personas adultas mayores en las que se sospecha de deterioro cognoscitivo o demencia. Creado por Folstein y McHung con la iniciativa de poder detectar o identificar de forma temprana un principio de demencia o deterioro cognitivo, formado por un conjunto de ítems que forman un examen, el cual mide la orientación (personal, espacial y temporal), memoria a corto y a largo plazo (fijación y recuerdo diferido), atención, lenguaje (expresión verbal y escrita, comprensión verbal y escrita), praxias, permite evaluar de manera rápida la sospecha de deterioro cognitivo y/o posibles trastornos neurocognitivos mayores. La concordancia entre médicos generales y neuropsicólogos es del 86%. El resultado del MMSE deberá ser controlado por la escolaridad de los sujetos. Para que esta prueba tenga una adecuada confiabilidad es necesario que el paciente no esté cursando con delirium, alteraciones metabólicas o comorbilidad que pudiera alterar su estado de alerta o percepción sensorial. Su aplicación lleva alrededor de 10 minutos. ^(17,29)

Escala de Desesperanza Beck

Instrumento de autoinforme creado por el psicólogo Aaron T. Beck, donde se evalúa tristeza, irritabilidad, autocrítica, pesimismo, sentimientos de culpa, cansancio, dificultad para la concentración, entre otros, dentro de 20 preguntas, esto nos permite medir el grado de depresión, así como el riesgo de Suicidio secundaria a la enfermedad primaria. La prueba se basa en la teoría cognitiva, la cual surge de la idea de que los sentimientos experimentados y los pensamientos tienen una relación directa, la cual afecta de forma directa al comportamiento. Su aplicación lleva alrededor de 10 minutos. ⁽³⁰⁾

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems

Instrumento útil para el diagnóstico y tamizaje de la depresión en pacientes geriátricos. Basado en un autor reporte de síntomas de depresión en adultos mayores, con 15 reactivos dicotómicos con respuesta SI o NO, dentro de los cuales 10 indican depresión si se

responden positivamente y los 5 restantes si se responden negativamente. Creado por Yesavage, mostrando una excelente confiabilidad con un valor de coeficiente de correlación intraclass e Inter juez de 0.80 a 0.95, el cual permite medir la concordancia general entre dos o más mediciones que implican variables de carácter cuantitativo, obtenidas estas con diferentes evaluadores o instrumentos de medida, y un coeficiente de correlación r de 0.85 a 0.98, para la prueba contra prueba. Su aplicación lleva alrededor de 10 minutos. ^(31,32)

JUSTIFICACIÓN

Las personas consideradas adultas mayores de 60 años de edad o más, realizan aportaciones valiosas a la sociedad, aunque la mayoría de las personas de este grupo de población tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de padecer tanto trastornos mentales como enfermedades neurológicas. El envejecimiento poblacional ha logrado que se incremente el número de patologías asociadas a este grupo de edad, las cuales generan un alto impacto individual, familiar, social y económico, entre ellas, la depresión y la demencia, tienen la mayor prevalencia y se incrementan con la edad.

La depresión representa un problema de salud pública, así como también es considerada como un trastorno o alteración de gran importancia del estado de ánimo, que suele cursar con sintomatología de tipo cognitivo, afectando en su mayoría, las funciones atencionales y cognitivas. Ésta puede evolucionar desfavorablemente, trayendo consecuencias graves como el suicidio y la disfunción sociofamiliar. La depresión en la población adulta mayor, frecuentemente se acompaña de demencia, lo que suele conducir a confusión, y a la necesidad de realizar exploraciones neuropsicológicas de mayor cuidado. Por otro lado, la demencia es considerada un síndrome que ocasiona un deterioro cognitivo progresivo y constante, provocando una pérdida de la autonomía en los adultos mayores. A partir de lo anterior, la demencia y la depresión en adultos mayores son los problemas de salud mental más relevantes, condición que motiva a la realización de estudios con el propósito de analizar la clase de relación que existe entre ellas.

Si bien la relación entre depresión con demencia es un tema complejo y ha sido estudiado exhaustivamente, sigue siendo objeto de investigación y comprensión, es crucial tener en cuenta que ambas afecciones médicas son de gran importancia para el área de salud, las cuales pueden aparecer a la vez y de forma independiente, o bien encontrarse relacionados.

La continuidad de este tema de investigación, tiene como finalidad, encontrar una relación entre ambas entidades nosológicas, el conocer con precisión la relación entre depresión y demencia, influye directamente en la prevención temprana y oportuna, acelerando el diagnóstico y mejorando el tratamiento de estas afecciones en los adultos mayores. Su comprensión integral permitirá generar mejores estrategias y herramientas terapéuticas que puedan prevenir las consecuencias de la depresión mayor, aumentando la calidad de vida de los pacientes y haciendo su pronóstico más favorable.

Con la realización de este estudio de investigación, se espera contribuir al conocimiento de la relación entre estas dos condiciones de salud, y así, proporcionar información útil para futuros pacientes para su beneficio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha encontrado que la depresión se asocia con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades de tipo neurocognitivas, tales como demencia, en comparación con las personas que no tienen antecedentes de depresión.

La relación entre depresión con demencia, en la población adulta mayor, se considera compleja, además de multidisciplinaria. La depresión puede ser tanto una causa como una consecuencia de los trastornos neurocognitivos mayores. Se necesitan más estudios para comprender mejor la naturaleza y la complejidad de esta relación en adultos mayores.

Comprender esta asociación permite identificar a las personas en riesgo y brindar intervenciones tempranas para prevenir o retrasar la progresión de la demencia, así como

llevar un tratamiento integral y multidisciplinario, el cual aborde tanto los síntomas emocionales como los cognitivos, mejorando así la calidad de vida de esta población.

Con la relación de este estudio de investigación, se espera contribuir al conocimiento de la relación entre estas dos condiciones de salud mental en adultos mayores para proporcionar información útil para el diagnóstico y el tratamiento de generaciones futuras.

Pregunta de Investigación

¿Existe una relación de depresión con demencia en adultos mayores en la unidad de medicina familiar número 82 en Zamora Michoacán?

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar si existe relación entre depresión con demencia en los adultos mayores de la unidad de medicina familiar número 82 en Zamora Michoacán.

Objetivos Específicos

Identificar el grado de deterioro cognitivo o demencia según el Examen Mini-Mental de Folstein.

Identificar el grado de depresión según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems.

Identificar el grado de Riesgo de Suicidio según la Escala de Desesperanza de Beck.

HIPÓTESIS

Existe una relación de depresión con demencia en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar número 82 en la ciudad de Zamora Michoacán.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del Estudio

Tipo de Investigación: Por su forma, el tipo de Investigación que se manejó fue Observacional Descriptivo, se realizó en el ambiente en el que se encontraron los participantes y se les aplicó dichas herramientas diagnósticas.

Por su utilidad, el tipo de Investigación es básica pues se intentó conocer la relación entre las variables que se manejaron.

Por su alcance, el tipo de investigación es correlacional, ya que se encontró la relación que existe entre las variables.

Método de Observación: Analítico.

Temporalidad: Por su temporalidad, el tipo de Investigación es Transversal Prospectivo, debido a que se realizó en un mismo tiempo, pero con participantes distintos.

Lugar donde se desarrolló: Unidad de Medicina Familiar número 82 en Zamora de Hidalgo, Michoacán de Ocampo, México.

Periodo que abarcó: Periodo comprendido de octubre del año 2023 a octubre del año 2024, con un total de duración de 1 año.

Universo de estudio / Población de estudio: Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social con adscripción a la unidad de medicina familiar número 82 en la ciudad de Zamora de Hidalgo, Michoacán de Ocampo, Adultos mayores de 65 años de edad, de sexo tanto femenino como masculino.

Tamaño de Muestra: Se tiene registrada una población de adultos mayores con el diagnostico de depresión y demencia de 462, por lo cual utilizando la fórmula para muestra finita se obtuvo un valor de 210 pacientes a estudiar.

CALCULO TAMAÑO DE MUESTRA FINITA

Parametro	Insertar Valor
N	462
Z	1.960
p	50.00%
q	50.00%
e	5.00%

Tamaño de muestra
"n" =

210.00

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

n = Tamaño de muestra buscado

N = Tamaño de la Población o Universo

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

e = Erro de estimación máximo aceptado

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

curra el evento estudiado

Nivel de confianza	Z _{alfa}
99.7%	3
99%	2,58
98%	2,33
96%	2,05
95%	1,96
90%	1,645
80%	1,28
50%	0,674

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión:

Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social con adscripción a la unidad de medicina familiar número 82 en la ciudad de Zamora de Hidalgo, dentro del estado de

Michoacán de Ocampo, pacientes mayores de 65 años de edad, de sexo tanto femenino como masculino, quienes acepten y firmen el consentimiento informado.

Pacientes con diagnóstico de Demencia.

Pacientes con diagnóstico de Depresión.

Pacientes con diagnóstico de Insomnio.

Criterios de Exclusión:

Pacientes menores de 65 años de edad.

Pacientes con otras enfermedades neuropsiquiátricas diagnosticadas.

Pacientes con Trastorno Neurocognitivo mayor según DSM-V (Degeneración del Lóbulo Frontotemporal, Enfermedad de cuerpos de Lewy, Enfermedad vascular, Traumatismo cerebral, Consumo de sustancia o medicamento, Infección por VIH, Enfermedad por priones, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, Otra afección médica, etiologías múltiples).

Criterios de Eliminación:

Participantes que decidan retirarse del estudio.

Participantes que no acepten realizar el 100% de las herramientas para el diagnóstico de dichas enfermedades tales como Examen Mini-Mental de Folstein, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Escala de Desesperanza de Beck.

Definición de Variables

Variable Dependiente: Depresión

Demencia

Variable Independiente: Adultos mayores

Variables Intervinientes: Edad, sexo

Cuadro de Operacionalización de Variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Unidad de medición
Depresión	Dependiente	Trastorno mental o trastorno del estado de ánimo, el cual identifica la presencia de ciertos síntomas como la tristeza, pérdida de placer o interés por actividades diarias, alteraciones en el estado del sueño o apetito, sentimientos de culpa, irritabilidad, cansancio crónico, entre otros, durante largos periodos de tiempo.	Estado de malestar provocado por sentimiento de minusvalía que van hasta la tristeza. Se medirá por medio de la escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems con respuesta SI o NO. Así como también, se utilizará la escala de Desesperanza de Beck, la cual	Cuantitativa	Interpretación de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems: 0 a 5 puntos: Normal, sin depresión. 6 a 10 puntos: Depresión Moderada. Más de 10 puntos: Depresión Severa. Interpretación de Escala de Desesperanza de Beck de 20 reactivos: 0 a 3 puntos: Ningún Riesgo. 4 a 8 puntos: Riesgo

			medirá el riesgo de Suicidio secundario a la depresión geriátrica. La cual cuenta con 20 preguntas con respuesta Verdadero o Falso según las situaciones personales.		Bajo a Leve de Suicidio. 9 a 14 puntos: Riesgo Moderado de Suicidio. Más de 15 puntos: Riesgo Alto de Suicidio.
Demencia	Dependiente	Trastorno neurológico con manifestaciones tanto neuropsicológicas y neuropsiquiátricas que se caracteriza por el deterioro de las funciones cognoscitivas y por la presencia de cambios comportamentales.	Se medirá por medio del examen Mini-Mental de Folstein, el cual cuenta con 5 apartados donde se evalúa: Orientación, Memoria Inmediata, Atención y Cálculo, Recuerdo Diferido, Lenguaje y	Cuantitativa	Puntuación de referencia: 28 o más: Normal, 24 o menos: sospecha patológica, 12-24: deterioro, 9-12: demencia.

			Construcción.		
Adulto Mayor	Independiente	Cualquier persona, de sexo femenino o masculino que sobrepase los 65 años de edad. Aquella persona que se encuentra en la última etapa de la vida, la cual sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona.	Persona que ha alcanzado una edad avanzada, después de los 65 años de edad.	Cualitativa	Persona sin importar sexo, que sea considerado como adulto mayor, por su edad; más de 65 años.

Edad	De control	Periodo en el que transcurre la vida. Tiempo de existencia desde el nacimiento. En cambio, la edad adulta es aquella en la que el ser humano alcanza su desarrollo completo.	De acuerdo al número de años vividos.	Cuantitativo	Mayor de 60 años de edad.
Sexo	De control	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen como hombre y mujer, construcción determinada desde el nacimiento.	Identificación de sexo femenino o masculino.	Cualitativo	Femenino o Masculino.

Descripción Operativa

Previo evaluación y autorización por el Comité Local de Investigación en Salud y del comité de Ética en Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social, para lograr el objetivo de este estudio de investigación, se realizó una recolección de datos de pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la unidad de medicina familiar número 82 en la ciudad de Zamora de Hidalgo, dentro del estado de Michoacán de Ocampo.

Una vez encontrados aquellos pacientes acordes para nuestro estudio de Investigación, se llevó a cabo una base de datos con todo el registro de los mismos para su posterior evaluación. De manera individualizada, se realizó una pequeña intervención con los participantes y familiares, dentro de la Unidad de Medicina familiar número 82, siendo realizada por parte del médico investigador responsable, la doctora Emma Margarita Torres Morales, donde se explicó de manera clara, precisa y concisa cada detalle de nuestro estudio de investigación, desde su enfoque, su objetivo, el uso de las herramientas diagnósticas, los resultados de cada paciente, el apoyo y asesoramiento que se le pudo brindar.

Aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de selección, que aceptaron participar y firmar el consentimiento informado, pasaron a responder nuestras tres amplias herramientas diagnósticas de dichas afecciones médicas como lo fueron Demencia o Deterioro Cognitivo y Depresión Geriátrica con el consecuente Riesgo de Suicidio.

Iniciando con el Examen Mini-Mental de Folstein; un instrumento práctico que evalúa el estado mental, identificando alteraciones cognitivas como deterioro cognitivo o demencia, donde los pacientes participaron en 5 rubros para el diagnóstico de esta entidad, dentro de los cuales se estudia el sentido de Orientación, interrogando sobre ¿Qué año-estación-fecha-día-mes es? Obteniendo 1 punto por cada respuesta contestada de manera correcta con un total de 5 puntos, dentro de este mismo se cuestiona sobre ¿Dónde estamos?

(Estado-país-ciudad-hospital-piso), de igual forma que el ejercicio anterior se obtendrá 1 punto por cada respuesta contestada de forma correcta con un total de 5 puntos. Siguiendo con el rubro de Memoria Inmediata, se le pide al paciente repetir 3 nombres (“mesa”, “llave”, “libro”), de manera repetitiva hasta que aprenda los tres nombres, logrando 1 punto por cada número de ensayo, como tercer rubro tenemos la Atención y Cálculo, donde se planteó un ejercicio de resta durante 5 veces consecutivas, como alternativa, la tarea es deletrear la palabra “mundo” al revés, obteniendo 1 punto por cada resta correcta o bien, 1 punto por cada letra deletreada de manera acertada, al terminar este ejercicio, continuamos con Recuerdo Diferido, el cual consistió en repetir los 3 nombres aprendidos anteriormente, si la persona menciona los tres nombres se otorgan tres puntos, siendo el caso contrario, sólo 1 punto por cada nombre recordado. Y, por último, el sentido de Lenguaje y Construcción, dividido en seis tareas, siendo éstas las más complejas para la mayoría de los pacientes, enfocadas en nombrar objetos, repetir y escribir frases, así como recrear acciones, obteniendo un total de 9 puntos si todas estas son realizadas de manera correcta. Al terminar este gran ejercicio, se obtuvo la calificación de cada paciente, con una interpretación de 30 a 25 puntos: Normal, paciente sin demencia o deterioro cognitivo, 24 a 10 puntos: Deterioro cognitivo o Demencia Leve a Moderada, 9 a 6 puntos: Demencia Moderada a Severa, y menor de 6 puntos: Demencia Severa.

Siguiendo por la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, donde se interrogó a los mismos, con 15 ítems o preguntas sobre la vida diaria y sus sentimientos encontrados en la última semana, con una interpretación de 0 a 5 puntos: Normal, sin Depresión, 6 a 10 puntos: Depresión Moderada y más de 10 puntos: Depresión Severa. Y para finalizar se realizó un interrogatorio mediante la escala de Desesperanza de Beck, para el diagnóstico de Riesgo de Suicidio, con un total de 20 preguntas, dirigidas hacia la situación personal sobre la visualización del futuro, esperanza y confianza, teniendo como probables respuestas Verdadero o Falso, con interpretación de 0 a 3 puntos: Ningún Riesgo de Suicidio, 4 a 8 puntos: Riesgo Bajo a Leve de Suicidio, 9 a 14 puntos: Riesgo Moderado de Suicidio y más de 15 puntos: Riesgo Alto de Suicidio. Contando 1 punto a favor por cada reactivo marcado como Verdadero en las preguntas: 2,4,9,11,12,14,16,17,18,20, y contando

1 punto a favor por cada reactivo marcado como Falso en las preguntas: 1,3,5,6,8,10,13,15,19.

Gracias a estas pruebas de herramientas diagnósticas se nos permitió detectar la presencia de nuestras entidades clínicas de interés en un tiempo aproximado de 30 minutos por cada participante.

Es significativo resaltar, que estas pruebas no definen de manera definitiva un diagnóstico, para ello, es importante realizar una adecuada historia clínica y diferentes pruebas diagnósticas complementarias.

Propuesta de Análisis Estadístico

Estadística Descriptiva: Incluyendo estadígrafos (rango, mínimo, máximo) así como medidas de tendencia central, (media, mediana y moda) y medidas de dispersión, (desviación estándar, varianza y coeficiente de variación), para las variables cuantitativas.

Así como el uso del chi cuadrado.

Para las variables cualitativas se usarán frecuencias.

El programa estadístico será el SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 25.

ASPECTOS ÉTICOS

Este protocolo de investigación se considera de riesgo mínimo, ya que puede haber incomodidad al contestar algunas preguntas del cuestionario, este protocolo se realizara en base a la normativa de las leyes generales nacionales e internacionales y no se realizara en población vulnerable, se apegara a lo sustentado en los aspectos éticos de la ley general de salud en materia de investigación para la salud así como, en la declaración de Helsinki y sus enmienda de la 64ª asamblea general, Brasil Octubre 2013.

Esta investigación se realizará con la autorización en base a consentimiento informado por parte de la persona involucrada el cual se incluye en los anexos. Haciendo énfasis en el objetivo y justificación del estudio donde se incluye el riesgo mínimo y los beneficios para la persona involucrada, se proporcionará una explicación clara y completa de la investigación además de la libertad de retirarse del estudio cuando la persona lo considere pertinente sin que se vea afectada la atención medica del paciente.

El consentimiento informado será proporcionado al paciente en estudio por el medico encargado de llevar a cabo la investigación, la residente en medicina familiar Dra. Emma Margarita Torres Morales, quien cuenta con su gafete de identificación institucional, se asegura la inexistencia de independencia ni condescendencia hacia los investigadores por parte de la persona involucrada, lo beneficios van encaminados al conocimiento de su patología, control metabólico y de comorbilidades de ser así necesario para un mayor beneficio del paciente que se estudia, así como su oportuna referencia de ser así necesario.

Siendo así los beneficios mayores a los riesgos estimados.

Se asegurará la confidencialidad de las personas involucradas en conformidad con lo establecido en la ley general de protección de datos personales en posesión de los particulares, no utilizando nombres otorgados por los participantes, en su lugar se utilizará un código alfanumérico designado para cada uno de los participantes con el fin de proteger sus datos personales. Los participantes serán informados del estudio vía telefónica para su posterior reclutamiento en el aula, con el fin de explicar detalladamente al grupo sobre el

estudio, otorgándoles información sobre los beneficios que les traerá participar y los posibles riesgos que este podría conllevar, a fin de obtener su consentimiento plenamente informado y encuesta, necesarios para ser sometidos como sujeto de estudio de esta investigación.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos: Se utilizó la obtención de información de expedientes clínicos de la Unidad de Medicina Familiar número 82 en la ciudad de Zamora de Hidalgo, Michoacán de Ocampo, además se hizo uso de los espacios del mismo, para la aplicación de las herramientas de diagnóstico.

Financiamiento: El equipo y material de ayuda no fue financiado por ninguna institución, dicho financiamiento se obtuvo de recursos personales del médico residente investigador, para evitar conflicto de intereses.

Factibilidad: El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar número 82 en la ciudad de Zamora de Hidalgo, Michoacán de Ocampo, contando con los recursos, financiamiento y población de estudio, por lo que este estudio de investigación sí es factible.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

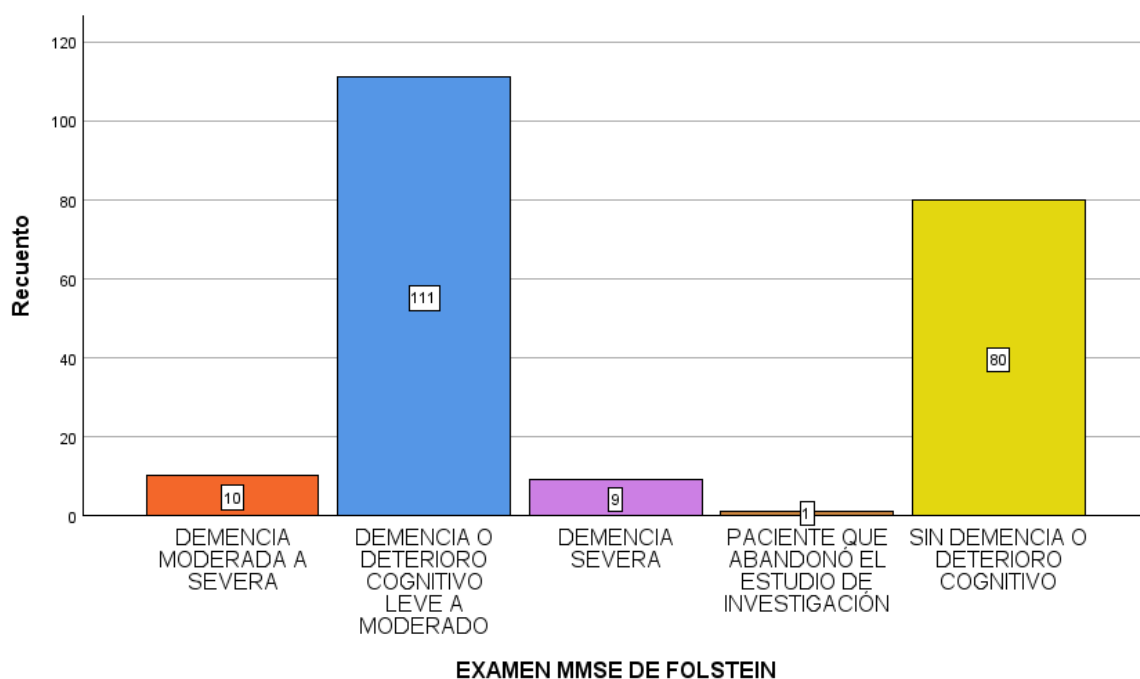
	Marzo Julio 2023	Agosto Octubre 2023	Noviembre 2023- Abril 2024	Mayo 2024- Oct 2024	Noviembre 2024- Abril 2025	Mayo 2025- octubre 2025	Noviembre 2025- Feb 2026
Diseño del protocolo de investigación	X						
Evaluación por el CEIS		X					
Reclutamiento pacientes o revisión de expedientes			X				
Aplicación de instrumentos			X	X			
Análisis de			X	X			

resultados							
Redacción de Resultados				X			
Redacción de discusión y conclusiones				X			
Redacción Tesis terminada					X		
Manuscrito Publicación						X	
Difusión Foro						X	
Examen de Grado							X

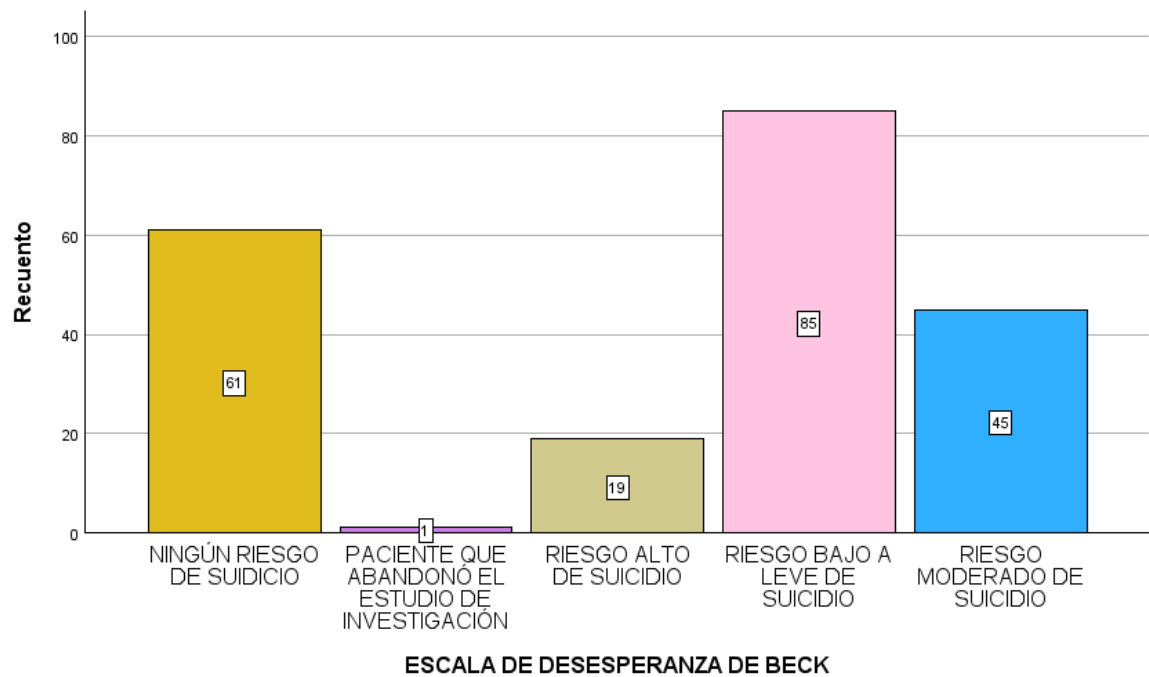
RESULTADOS

El análisis realizado en la Unidad de Medicina Familiar no. 82 en la ciudad de Zamora de Hidalgo, tiene como propósito principal delimitar el vínculo entre la depresión y la demencia en personas de edad avanzada. Con el fin de llevar a cabo este estudio, se aplicaron tres cuestionarios: Examen Mini-Mental de Folstein (MMSE) con el fin de determinar el deterioro de la cognición, la Escala de Desesperanza de Beck (BES) con el fin de encontrar el riesgo de suicidio y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (YS) con el objetivo de identificar la depresión en este grupo etario.

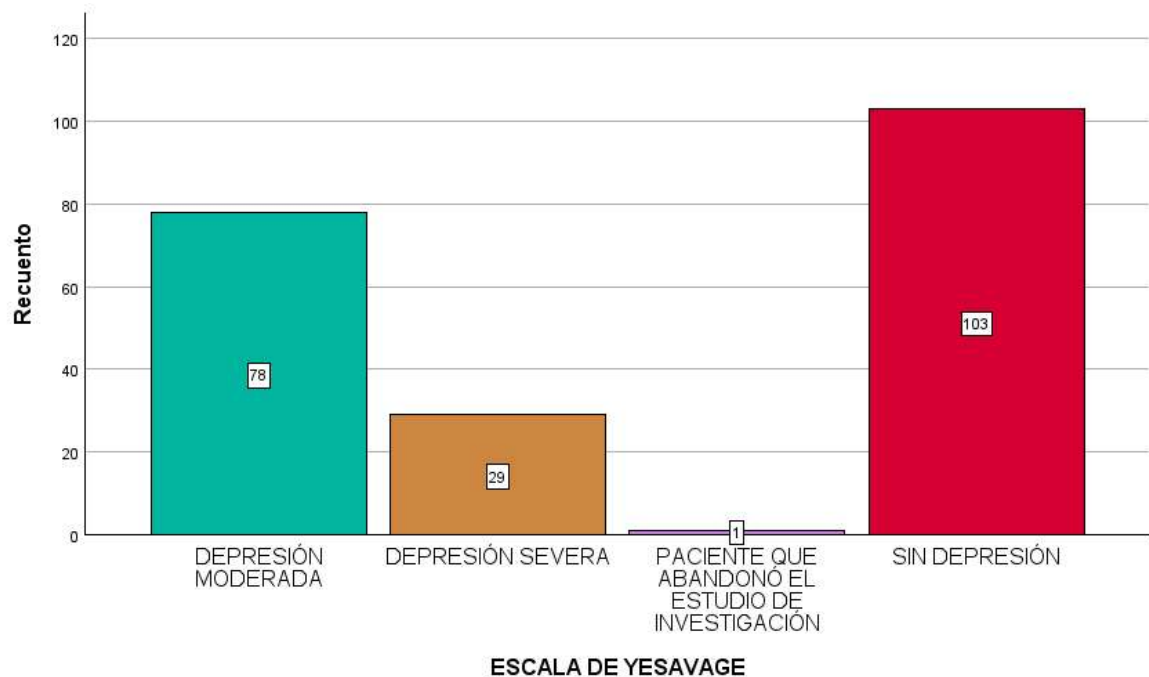
Dentro de nuestra primera herramienta diagnóstica, se encontraron resultados de 210 pacientes, donde 111 presentan Deterioro cognitivo o demencia leve a moderada, siendo estos, la gran mayoría de los asistentes. Seguido de 10 pacientes con resultado de Demencia moderada a Severa y 9 pacientes con resultado de Demencia Severa, dejando un resto de 80 pacientes participantes sin grado de demencia alguna. Esta información denota que la magnitud de deterioro cognitivo en esta población es alta, lo cual puede ser asociado al proceso de envejecimiento como tal. Sin embargo, este estudio también sugiere que, aunque la demencia es común, no todas las personas dentro de este grupo etario llegan a tener niveles avanzados de la enfermedad.



La Escala de desesperanza de Beck arrojó resultados obtenidos indicando que la mayoría de los asistentes tienen un riesgo bajo a alto de suicidio, siendo el total de estos de 149 pacientes, de los cuales 85 presento riesgo leve de suicidio, 45 riesgo moderado de suicidio, y siendo el rubro más notificadorio de esta escala y el más necesario de una inmediata intervención, 19 presentaron riesgo alto de suicidio, quedando como restante 61 participantes sin ningún riesgo de quitarse la vida. Esto, es un descubrimiento que causa alarmante preocupación, debido a que insinúa que un número alto de personas de edad avanzada tienen ideas de suicidarse, pese a que no estén claramente definidas sus intenciones.



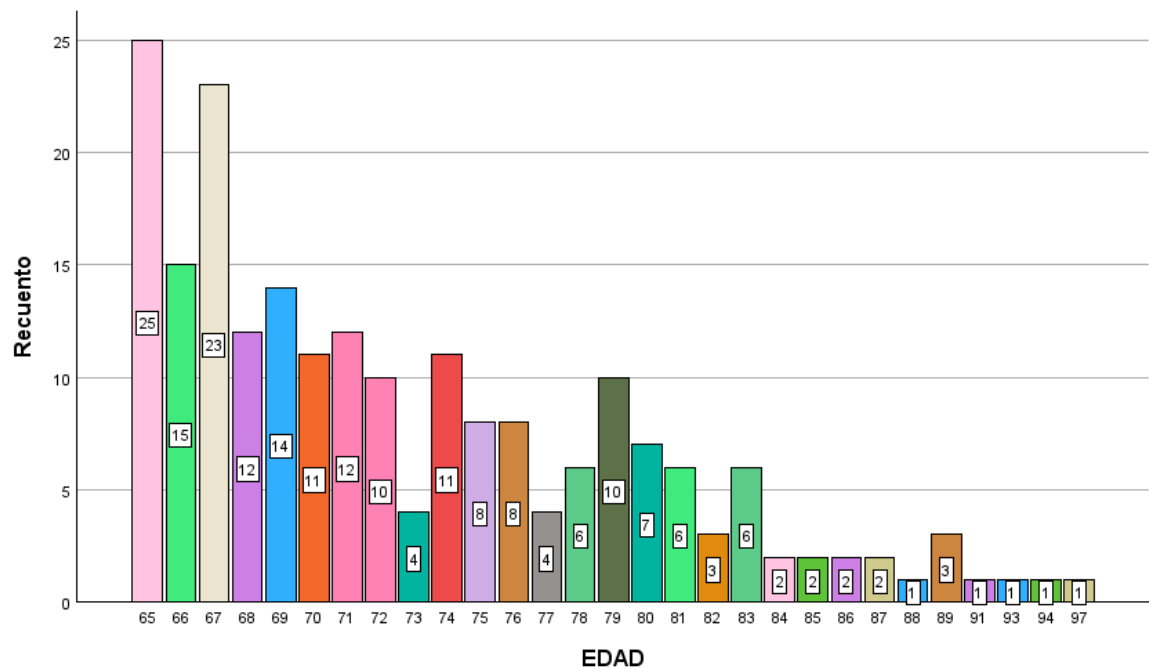
La Escala de Yesavage obtuvo 78 pacientes con depresión moderada, mientras que 29 resultaron con depresión severa, el resto siendo de 103 sin ningún dato de depresión, la cual puede deberse a una sobreestimación de los síntomas de depresión o una posible falta de identificación en estos pacientes, así como también puede verse influenciado por el uso de tratamiento médico establecido para aquellos con enfermedad diagnosticada. Es importante señalar que la depresión no valorada puede influir de manera negativa en la vida cotidiana y propagar el deterioro de la memoria de los individuos. La información mencionada señala la magnitud de los disturbios psicológicos dentro de esta población e insinúa que la depresión es una condición general entre los pacientes de este grupo etario, particularmente aquellos que poseen deterioro mental.



La relación entre la depresión y el riesgo de Suicidio en los individuos con demencia es un aspecto fundamental que tiene que ser contemplado de manera integral en la medicina, ya que la suma de estos dos factores incrementa enormemente la propensión de los individuos de edad avanzada de quitarse la vida.

La distribución por edad de los pacientes evidencia que la gran mayoría se encuentran en rangos de 65 a 80 años de edad, y que, en general hay una reducción de asistentes conforme a lo que aumenta la edad. Esta distribución es planeada, debido a que la frecuencia de demencia y depresión suele aumentar con la edad. No obstante, la presencia de participantes de 97 años de edad, evidencia la importancia de llevar a cabo evaluaciones constantes a lo largo de la vida adulta prolongada.

El vínculo entre la edad y el deterioro cognitivo se puede ver en la alta presencia dentro del rubro de deterioro cognitivo o demencia leve a moderada en las categorías de edad más avanzadas.



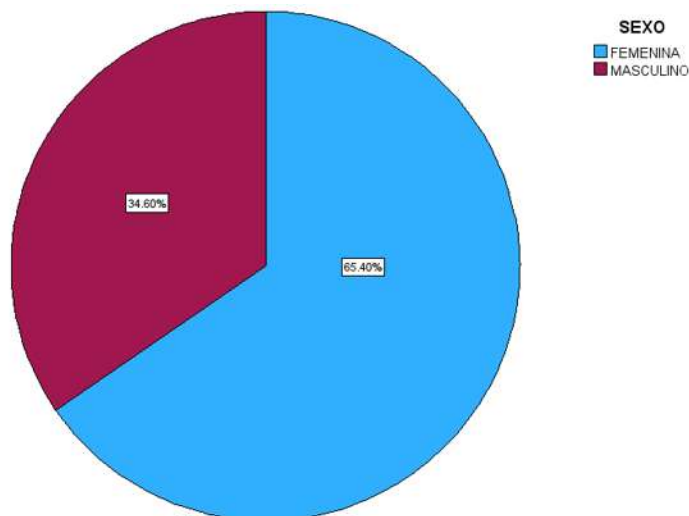
ANOVA

EDAD	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	10089.791	210	48.047	.	.
Dentro de grupos	.000	0	.	.	.
Total	10089.791	210			

Un parámetro de P inferior a 0.05 significaría que las distinciones en las clases de deterioro cognitivo y depresión están asociadas con la edad, esto es, que las personas de mayor edad tienen mayor probabilidad de tener ambas entidades patológicas.

La distribución por género es clara, arrojando 65.40% de los asistentes de sexo femenino, en comparación con 34.60% de los mismos de sexo masculino. Siendo esto la principal razón, en encontrar en múltiples estudios de investigación la incidencia de sexo femenino en dichas enfermedades.

Otra propuesta señala que la depresión y la demencia son independientes, ya que suelen ser características de este grupo etario, lo que explicaría la alta asociación encontrada. Así mismo, ambas entidades tienen un compromiso cognitivo similar, como alteración de la memoria y la atención, lentificación del procesamiento de información, entre otras. Esta hipótesis no presenta mucha evidencia científica, aunque algunos autores, no la descartan y dejan la probabilidad de veracidad de esta.



DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este análisis indican que hay una fuerte relación entre la depresión y el deterioro cognitivo o demencia en este grupo de pacientes de edad avanzada que se tratan en la Unidad de Medicina Familiar no. 82 en Zamora de Hidalgo, Michoacán de Ocampo.

La mayoría de los estudios, indican una alta relación entre depresión con demencia, específicamente Kuring et al. Encontraron mayor prevalencia de depresión en personas con demencia que quienes no tenían demencia.

La depresión es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de demencia.

Esta hipótesis, señala que la depresión aumenta la posibilidad de desarrollar demencia; algunos autores hablan sobre la presencia de depresión en el transcurso de la vida, incluso aun siendo un único episodio, es un factor de riesgo importante para el desarrollo de demencia. Otros autores, apuntan sobre la depresión crónica, la cual se relaciona con el desarrollo de demencia, especialmente para EA. De igual forma, Rodríguez et al. Determinó que la depresión crónica, sobre todo aquella que nunca tuvo tratamiento, implica un gran riesgo de demencia, sobre todo para EA. Almeida et al. y García-García et al., encontraron que la depresión severa sin tratamiento aumentaba exponencialmente el riesgo de EA, en cambio, Bora et al. no ratificaron estos resultados. Bellou et al. Encontraron que la depresión tardía, más el uso de benzodiacepinas, agudizan el riesgo de demencia.

Por otro lado, el riesgo de demencia aumenta, cuando la depresión es acompañada de otros factores de riesgo como aquellos cardiovasculares, metabólicos, alteraciones del sueño, e incluso contar con el genotipo ApoE, en especial para EA.

Se encontró que la gran mayoría de estos individuos con deterioro cognitivo o demencia leve a moderada, tienen niveles significativos de depresión moderada, esto señala la importancia de atender ambas condiciones de salud de una manera simultánea en el ámbito de la medicina. La correlación entre depresión y demencia no es nueva, debido a que varios estudios han demostrado que la depresión en la edad avanzada puede ser un factor de

peligro para la manifestación de deterioro mental, además de ser un inductor que acelere su avance.

La constatación de que un número elevado de individuos con deterioro cognitivo de igual manera poseen peligro de suicidarse es de particularidad angustiante. El acto de quitarse la vida en personas de edad avanzada es una preocupación importante, sobre todo en el momento en que se encuentran en el lapso inicial o medio de un trastorno mental, debido a que la depresión grande y la desesperación son capaces de ser elementos detonantes de la inquietud por quitarse la vida. Esta información insinúa la importancia fundamental de ejecutar acciones preventivas destinadas a la detección temprana de los signos tanto de depresión como de deterioro cognitivo, con el fin de disminuir el peligro de suicidio. Los análisis indican que la terapia temprana en los dos disturbios puede posponer la evolución de la decadencia mental y disminuir la probabilidad de eventos o desenlaces fatales.

Debido a que la interrelación entre la depresión y el deterioro cognitivo es posible que sea complicada, es importante que se implemente planes de diagnóstico y tratamiento para los individuos de este grupo etario. Un punto de vista interdisciplinario que tenga en cuenta no sólo los aspectos mentales, sino también los aspectos físicos de las personas, asistirá a desarrollar métodos de tratamiento que no solo mejorar la comodidad psicológica de los pacientes, sino además disminuyen la magnitud de la afección neurológica.

CONCLUSIONES

La depresión es una enfermedad psiquiátrica muy frecuente en este grupo etario, donde la gran mayoría de estos pacientes acuden al primer nivel de atención sin ser esta patología identificada, ya que son pocos los pacientes que hablan de los síntomas de dicho padecimiento con su médico tratante, así como también, son pocos los médicos tratantes que atienden esta enfermedad importante en nuestra comunidad.

Es muy importante reconocer el contexto social de esta enfermedad principalmente, ya que en la actualidad tristemente continúa siendo un trastorno muy estigmatizado, en la mayoría de las veces tanto de parte del paciente como del médico tratante.

El no identificar de forma temprana y oportuna la enfermedad de depresión, nos obstruye el camino hacia el tratamiento médico y la prevención del desarrollo de enfermedades neurocognoscitivas como el deterioro cognitivo y la demencia, hasta las complicaciones de la misma como las autoagresiones e inclusive el suicidio. Todo esto llevando a un descenso importante de la calidad de vida del paciente, de la familia y de la comunidad.

Es importante encontrar los factores de riesgo que presenta esta población para la enfermedad de la depresión, los cuales van desde genéticos, hasta causas médicas, ambientales y sociales. Logrando su identificación a través de la historia clínica detallada del paciente en la medida posible durante la primera consulta de primer nivel de atención, así como también en las consultas subsecuentes, sobre todo enfocadas a aquellas donde se haya encontrado un factor de riesgo anteriormente mencionado.

Además, es de suma importancia también estudiar la presentación clínica de esta enfermedad dentro de este grupo etario. Gracias a este estudio de investigación, ahora se conoce bien, que los síndromes depresivos pueden tener síntomas asociados a la alteración del estado de ánimo, cognitivo, neurovegetativo o somáticos en el paciente mayor.

Los resultados obtenidos dentro del estudio en cuestión sobre la manera en la que la depresión influencia el deterioro de la cognición en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar no. 82 de Zamora de Hidalgo, Michoacán, se evidencia que la gran

mayoría de los asistentes muestran deterioro cognitivo de leve a moderado, así como depresión moderada a severa. Este descubrimiento muestra la importancia de realizar diagnósticos combinados que posibiliten atender ambas condiciones de manera integral. La coexistencia de depresión con demencia incrementa la dificultad del tratamiento y tiene un efecto significativo en la vida de los pacientes. Es fundamental que, dentro del primer nivel de atención de salud, se reconozca la relación entre estas dos entidades, para poder proveer una atención más completa y correcta, ya que cada uno de estos trastornos puede empeorar al otro.

La depresión en los adultos de edad avanzada, en particular aquellos que tienen deterioro cognitivo, es una condición que, si no se trata de manera adecuada, puede traer consecuencias graves, como el riesgo de suicidio. La depresión no sólo se encarga de la estabilidad de ánimo, sino que además puede iniciar el deterioro de la cognición, esto hace que la funcionalidad y la autonomía de los pacientes se vean disminuidas. De esta forma, la priorización de la salud mental en la atención primaria es esencial para evitar un agravamiento de la condición mental y prevenir sus irreparables consecuencias.

La incorporación de procedimientos diagnósticos para la depresión y demencia en los individuos de edad avanzada es un paso fundamental para aumentar el bienestar integral y evitar riesgos importantes. Se debe tomar una acción preventiva a este grupo vulnerable de pacientes.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados que se obtuvieron en el estudio en cuestión, es importante continuar con el análisis de las causas que podrían resguardar a los individuos con depresión y demencia. Hay pruebas que insinúan que algunas causas, como un régimen de vida sana, una asistencia social, una estimulación mental y la actividad física habitual, son capaces de jugar un rol importante en el cuidado y prevención de estas entidades estudiadas. Buscar la posibilidad de desarrollar procedimientos de protección preventiva es aumentar la comodidad general de los individuos de edad avanzada y reducir las consecuencias adversas que la depresión y demencia tienen sobre su bienestar.

Además, es importante investigar acerca de los tratamientos farmacológicos y psicológicos combinados que se centran en atender tanto la depresión como la demencia de manera individual, así como de manera correlacionada. El tratamiento combinado farmacológicamente y psicológicamente como la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser provechoso en diversas categorías, sin embargo, todavía es necesario continuar su estudio específico en pacientes geriátricos con ambas entidades patológicas.

Al fin y al cabo, es importante que las Instituciones de salud creen políticas que faciliten el acceso a procedimientos clínicos y económicos para la depresión con demencia en personas de este grupo de edad, esto no se limita a tener acceso a terapias, sino además implica crear comunidades de apoyo que ayuden a un envejecimiento con salud, mejorando la calidad de vida y aumentando la comodidad física y psicológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEGI. Estadísticas A Propósito Del Día Internacional De Las Personas Adultas Mayores. Comunicado De Prensa Núm. 568/22, 2022.
2. Cosgaya-Sandoval L, Ramírez-Castro E, Pinto-Loria M. Nivel de Depresión en personas mayores de 65 años del estado de Yucatán según su contexto social. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. 17 (3), 2014.
3. Tylee A, Gandhi P. La importancia de los síntomas somáticos en la depresión en la atención primaria. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 7:167, 2005.
4. Deví-Bastida J, Puig-Pómes N, Jofre Font S, Fetscher Eickhoff A. La depresión: un predictor de demencia. Revista Española de Geriatria y Gerontología Elsevier, 51 (2): 112-118, 2015.
5. Sosa-Ortiz AL, Acosta-Costilla I, Prince MJ, Salinas-Rodríguez A. Epidemiology of dementias and Alzheimers disease, 2012.
6. García, S. Juárez, T. Gallegos, K. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Salud Mental vol. 35 no. 1, 2012.
7. De los Santos P, Carmona-Valdés S. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Población y Salud en Mesoamérica, 2018.
8. Cruzblanca H, Lupercio P, Collas J, Castro E. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. Salud mental; 39 (1), 47-58, 2016.
9. Morrison, James. DSM-5: Guía para el Diagnóstico Clínico. 1ra ed. México, D.F. Editorial El Manual Moderno, 2014.
10. Alexopoulos, G. Depression in the elderly. Lancet, 365: (9475), 1961-1970, 2005.

11. Miriam E, Jiménez M, Geisa B, Gallardo M, Villaseñor C, Gonzáles G. La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría Elsevier*, 2012.
12. López, J. Granados, D. Disfunciones cognitivas en adultos mayores con depresión. *Revista Digital Universitaria*, 2021.
13. Noma H, Karyotaki E, Vinkers CH, Cipriani A, Furukawa TA. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies, and their combination in the treatment of adult depression. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*; 19 (1), 92-107, 2020.
14. Voros V, Gutierrez DM, Alvarez F, Boda-Jorg A, Kovacs A, Tenyi T, Fekete S, Osvath P. The impact of depressive mood and cognitive impairment on quality of life of the elderly, 2020.
15. Gómez-Maquet Y, Ángel JD, Cañizares C, Lattig MC, Agudelo DM, Arenas Á, Ferro E, El papel de la valoración de los sucesos vitales estresantes en el trastorno depresivo mayor. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; 49 (2), 68-75, 2020.
16. Carol M. La depresión y su etiología: una patología compleja. *VITAE, Academia Biomédica Digital, Psiquiatría*, 2000.
17. Sánchez J, Mendoza V. Prevalencia de probable deterioro cognitivo en adultos mayores de una población mexicana utilizando el MMSE y el MoCA, 2021.
18. Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Atención Médica. Guía de Referencia Rápida Actualización. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS 144-08; 2012.
19. Sequeira L. Deterioro cognitivo moderado y factores de riesgo. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSID*, 2019.
20. Álvarez R, Bermejo D, Ulloa A, Estrada J. Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel, 2020.

21. López JD, Granados DE. Disfunciones cognitivas en adultos mayores con depresión. *Revista Digital Universitaria*, 2021.
22. Sánchez Ayala, I. Depresión, deterioro cognitivo y demencia: unas relaciones polémicas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología Elsevier*, vol. 34, no. 3, 1999.
23. Contador I, Fernández-Calvo B, Ramos, Bermejo-Pareja F., Los trastornos neurocognitivos. *Manual de psicopatología. Volumen II*. Madrid: McGraw-Hill, 2020.
24. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferreri CP, The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement* 2013.
25. Botto R, Callai N, Cermelli A, Causarano L, Rainero I. Anxiety and depression in Alzheimer's disease: a systematic review of pathogenetic mechanisms and relation to cognitive decline. *Neurol Sci*, 2022.
26. Izquierdo M, Fernández E, Sitjas M, Elias M, Chesa D, Depresión y riesgo de demencia. *Depression and risk of dementia*. *Revista Scielo. Asoc. Esp. Neuropsiq.* No 87. Instituto de Asistencia Sanitaria de Salt (Girona), 2003.
27. Gobierno de España. Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias. Ministerio De Sanidad, Consumo Y Bienestar Social Centro De Publicaciones. Madrid, 2019.
28. Organización Mundial de la Salud. *La Salud Mental y los adultos mayores*, 2017.
29. Benedetti A, Wu Y, Levis B, Wilchesky M, Boruff J. Diagnostic accuracy of the Geriatric Depression Scale-30, Geriatric Depression Scale-15, Geriatric Depression Scale-5 and Geriatric Depression Scale-4 for detecting major depression: protocol for a systematic review and individual participant data meta-an. *Revista BMJ Open*, 2018.

30. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). 2011.
31. Salgado Y, Andrade P, Hernández A. Validación de la escala de depression geriátrica de Yesavage en adultos mayores mexicanos. *Informes Psicológicos*, 24 (1), pp. 123-135, 2024.
32. Blanco M, Salazar M. Escala de Depresión geriátrica GDS de Yesavage. En V. Smith-Castro (Comp.), *compendio de Instrumentos de medición IIP*, 2014.
33. Rodríguez, J. Valdés, M. Análisis de la fiabilidad de la escala geriátrica de depresión GDS en ancianos con deterioro cognoscitivo. *Geriátrika*, 19 (3), 29-38, 2003.
34. Aguilar S, Ávila J. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Artículo de revision, Gac Médica México*, 143 (2), 2006.
35. Serrano-Pozo A, Frosch MP, Masliah E, Hyman BT. Neuropathological alterations in Alzheimer disease. *Cold Spring Harb Perspect Med*, 2011.
36. Schneider JA, Arvanitakis Z, Leurgans SE, Bennett DA. The neuropathology of probable Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Ann Neurol*. 2009.
37. Vásquez E, Asenjo A. Factores Patológicos asociados a demencia senil en adultos mayores de un centro médico. *Ciencia y Salud*, vol. 2, 2020.
38. Bastidas, B. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32 (2), 191-218, 2014.
39. Pérez, E. Cervantes, V. Hijuelos, N. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista biomédica* vol. 28 no.2, 2017.

40. Anderson, D. Treating depression in old age: The reasons to be positive. *Age Ageing*, 30 (1), 13-17, 2001.
41. Hall, J.E & Guyton, A.C. *Textbook of Medical Physiology* (12th ed.) Philadelphia, PA: Saunders Elsevier. 2011.
42. Moore, K. Dalley A.F & Agur A. *Clinically Oriented Anatomy* (7th ed.) Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2014.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Zamora de Hidalgo, Michoacán de Ocampo, a _____ de _____ del 2024

Usted ha sido invitado a participar en el estudio de investigación titulado: **RELACIÓN DE DEPRESIÓN CON DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 82 EN ZAMORA MICHOACÁN**. Registrado ante el Comité de Investigación y ante el Comité de Ética en Investigación 16038 el Hospital General de Zona # 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO

La depresión es el trastorno mental más común entre los adultos mayores y una de las enfermedades más incapacitantes. La identificación temprana y oportuna por parte del profesional de salud y la intervención en la atención primaria es de gran importancia para prevenir esta enfermedad, además es clave para mejorar la calidad de vida del paciente.

Por otro lado, la demencia es un problema de salud pública creciente, el cual involucra la afectación de funciones cognitivas como la memoria, el lenguaje, el pensamiento, la atención y el cálculo, entre otras, acompañado de la pérdida del control emocional, de cambios en la personalidad y cambios en la habilidad de llevar a cabo actividades de la vida cotidiana, generando cierto tipo de discapacidad mental y física, y con ello mayor dependencia funcional.

Es de gran importancia, la continuidad de este tema de investigación, con el fin de aplicar la prevención de manera temprana, mejorar el diagnóstico y optimizar el tratamiento de estos trastornos mentales en esta población de interés. Con la realización de este estudio, se

espera aportar al conocimiento de la relación entre estas dos condiciones de salud y así, proporcionar información útil para futuros pacientes.

PROCEDIMIENTOS

Si usted decide participar en el estudio de investigación, se le brindará información sobre el tema anteriormente mencionado, se explicará en qué consiste el estudio de investigación y se le otorgará una escala para determinar el grado de depresión, así como un examen de examinación mental para identificar la demencia, los cuales pueden constar de 10 minutos cada uno de ellos.

RIESGOS

En este estudio de investigación, no se han logrado encontrar riesgos, ya que sólo es un estudio observacional mediante la realización de instrumentos diagnósticos.

BENEFICIOS

Usted como participante, al ser objeto de estudio, se le otorgará información valiosa y detallada, sobre las afecciones médicas que tiene como objetivo esta investigación. Al realizar y completar cada uno de los instrumentos diagnósticos, se le podrá brindar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento considerado. Además, al estar participando en este estudio, usted contribuirá a mejorar la prevención y calidad de vida de futuros pacientes con dichas afecciones médicas.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO

Dra. María Guadalupe Valdespino Padilla, Dr. José Jorge Torrijos Zavala y Dra. Emma Margarita Torres Morales, se han comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que pudiera tener acerca del procedimiento. Así como brindar información sobre cualquier resultado o procedimiento alternativo que pudiera ser benéfico para usted.

PARTICIPACIÓN O RETIRO

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Es decir, que, si usted no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con el Instituto Mexicano del Seguro Social, ni su derecho a obtener los servicios de salud que actualmente recibe. Si en un principio desea participar en el estudio de investigación anteriormente mencionado y posteriormente cambiar de opinión, usted está en su total libertad de abandonar el estudio en cualquier momento. Para los fines de este estudio de investigación, sólo utilizaremos la información que usted nos brinda desde el momento en que acepta participar hasta el momento en el cual nos haga saber que ya no desea participar.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La información que proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarlo (como su nombre, teléfono y dirección, etc.) será guardada de manera confidencial, al igual que sus respuestas a los cuestionarios para garantizar su privacidad. Nadie tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante este estudio. Es importante recalcar que 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 con:

Investigador Responsable: M.S.P. María Guadalupe Valdespino Padilla, Unidad Médica Familiar número 82, Jefatura de Medicina Familiar, Área de Epidemiología, Teléfono: 3519130754, Correo electrónico: maria.valdespino@imss.gob.mx

Co-asesor responsable: M.E. José Jorge Torrijos Zavala, Unidad Médica Familiar número 82, Profesor Titular de la especialidad en Medicina Familiar, Teléfono: 3511358321, Correo electrónico: jose.torrijos@imss.gob.mx mftorrijos39@gmail.com

Alumna: Doctora Emma Margarita Torres Morales, residente de 2do año de la especialidad en Medicina Familiar, Unidad Médica Familiar número 82, Teléfono: 6471150723, Correo electrónico: emmamtorresm@gmail.com

Dr. Eduardo Alberto Ung Medina, secretario del Comité de Ética en Investigación en Salud 16038, con sede en Unidad Médica Familiar número 81, Calle Tacámbaro 501, Colonia Valle Dorado, código postal 60130, Uruapan Michoacán.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

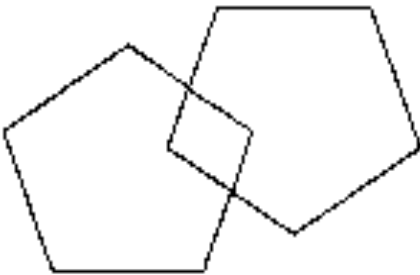
Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado una copia de este formato.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

Nombre Completo y Firma de Testigo 1

Nombre Completo y Firma de Testigo 2

ORIENTACIÓN	PUNTOS
¿Qué año-estación-lecho-día-mes es?	(5)
¿Dónde estamos? (estadio-paseo-club-hospital-pista)	(5)
MEMORIA INMEDIATA	
Repeta 3 nombres ("pasa", "llave", "libro"). Repetirlos de nuevo hasta que aprenda los tres nombres y anotar el número de ensayos.	(1)
ATENCIÓN Y CÁLCULO	
Restar 7 a partir de 100, 5 veces consecutivas. Como alternativa, deletrear "mundo" al revés.	(5)
RECUERDO DIFERIDO	
Repeta los 3 nombres aprendidos antes.	(3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
Numerar un lápiz y un reloj ilustrados	(2)
Repeta la frase "Ni si es, ni no es, ni peron"	(1)
Realizar correctamente las tres órdenes siguientes: "Llutar este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo"	(3)
Leer y ejecutar la frase "Cierra los ojos"	(1)
Escribir una frase con sujeto y predicado	(1)
Copiar este dibujo:	
	(1)
Puntuación total:	

5

ESCALA DE BECK

NOMBRE:

FECHA:

Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

ITEMS	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. Tengo una gran confianza en el futuro		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas.		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
PUNTUACIÓN TOTAL		

ESCALA DE YESAVAGE 15 ÍTEMS

Nombre: _____

Fecha _____

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



GOBIERNO DE
MÉXICO



Dirección Médica

Unidad de Medicina Familiar No. 82

1

CARTA DE NO INCONVENIENTE

Dra. Ma. Guadalupe Valdespino Padilla

Investigador Clínico

Presente

Por medio de la presente, en respuesta a su petición por oficio, le hago de su conocimiento que no existe ningún inconveniente para que pueda realizar su protocolo de investigación titulado **Relación de depresión con demencia en adultos mayores en la unidad de Medicina Familiar número 82 en Zamora Michoacán.**, realice su proyecto de investigación en esta Unidad, por lo cual, se otorga la autorización para llevar a cabo la realización de encuestas al personal dirigido en esta investigación.

Debo recordar que se debe apegar a las disposiciones legales de la protección de datos personales, así como resguardar y mantener la confidencialidad de los datos de los participantes.

1

ATENTAMENTE
Dr. Eduardo Vega Espinosa
Cuerpo Médico UMF 82
Zamora Michoacán





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud No. 1603
H O R A L T O R A N O 2

Región: CONEPA SP de la SSF ASE
Región: GUERRERO GUERREROS EN LOS DOS ESTADOS

11114, México, 12 de septiembre de 2020

Asiento (s) MARIA GUADALUPE VALDESPINO PADILLA

PRESENTE

Tengo el agrado de informarle, que el protocolo de investigación con título **RELACIÓN DE DEPRESIÓN CON
DIFERENCIA EN ADULTOS MAYORES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 82 EN ZAMORA
RECONOCEN** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones
de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de
investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2923-1603-016

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

ATENTAMENTE

Samuel Sánchez Méndez
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1603

Reservados

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Residencia de Medicina Familiar	
Título del trabajo	Relación de depresión con demencia en Adultos Mayores en la unidad medicina Familiar número 82 en zona Michoacán	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Emma Margarita Torres Morales	
Director	Maria Guadalupe Valdespino Padilla	maria.valdespino@umich.mx
Codirector	Jose Jorge Torrijos Zavala	jose.torrijos@umich.mx
Coordinador del programa	Cleto Alvarez Aguilar	cleto.alvarez@umich.mx

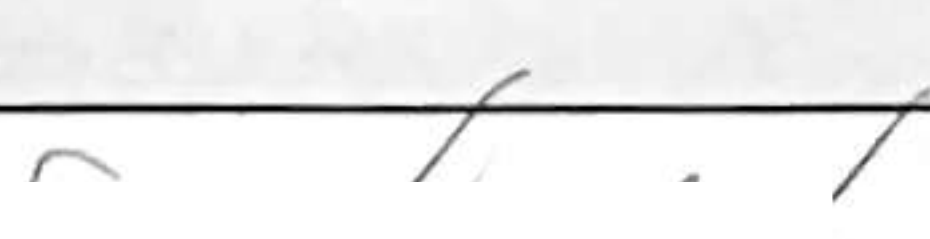
Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción		

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español		
Traducción a otra lengua		
Revisión y corrección de estilo		
Análisis de datos		
Búsqueda y organización de información		
Formateo de las referencias bibliográficas		
Generación de contenido multimedia		
Otro		

Datos del solicitante	
Nombre y firma	
Lugar y fecha	Zamora Michoacán a 14 de Noviembre 2025.

Emma Margarita Torres Morales

RELACIÓN DE DEPRESIÓN CON DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES EN LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 82 ...

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:533825599

Fecha de entrega

28 nov 2025, 10:44 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

28 nov 2025, 11:17 a.m. GMT-6

Nombre del archivo

RELACIÓN DE DEPRESIÓN CON DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES EN LA UNIDAD MEDICINA FAM.....pdf

Tamaño del archivo

1.3 MB

76 páginas

16.092 palabras

90.859 caracteres

25% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas
- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 25%  Fuentes de Internet
- 9%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.