



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 1 CHARO
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS
DE HIDALGO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR. IGNACIO CHÁVEZ

TESIS:

“Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años con polifarmacia
del Hospital General Regional No. 1 Charo”

PRESENTA:

Jazmín de los Ángeles Sánchez Seba

PARA OBTENER EL GRADO DE:

Especialista en Geriátría

ASESOR DE TESIS

Nombre: Dra. Miriam del Carmen Vargas Arévalo

Adscripción: Geriatra del Hospital General Regional 1.

Charo, Michoacán

Numero de registro institucional: R – 2024 – 1602 – 031

Morelia, Michoacán, enero 2025



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA EN MICHOACAN
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 1 CHARO

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

Dra. María Itzel Olmedo Calderón

Director del Hospital General Regional No. 1

Dr. José Francisco Méndez Delgado

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. América López Maldonado

Profesora titular de la especialidad de Geriatria



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
SINODALES:

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social que por medio del Hospital General Regional 1 Charo me abrió las puertas para formar parte de esta institución, gracias por brindarme la oportunidad de crecer académica y profesionalmente.

A la Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo, institución educativa a la que ahora orgullosamente pertenezco.

A mi asesora de tesis la Dra. Miriam del Carmen Vargas Arévalo, por su paciencia y apoyo constante para la realización de este trabajo. Gracias a su experiencia y correcciones precisas he podido terminar este proyecto de investigación y de esa manera culminar esta etapa llamada residencia.

A Dios por darme la fortaleza para superar los desafíos y concederme la perseverancia necesaria para alcanzar este logro académico.

A mis amigos Christian, Sofia, Alonso, Mario, Laura, Alejandra, Rogelio, Oliver, Karina, Juan Paulo por brindarme su amistad, por acompañarme en mis momentos de estrés y por compartir momentos de alegría y diversión. Gracias por sus apoyo, confianza y cariño. Sin duda son la familia que yo elegí y siempre los llevare dentro de mi corazón. A mis compañeras de especialidad Dulce, Magaly, Bella, a la guardia C y compañeros con quienes compartí vivencias buenas y malas, gracias a ustedes todo fue más llevadero y significativo.

A Jorge Israel Muñoz Valle por ser mi compañero y soporte durante los años más difíciles de la residencia. Gracias por el amor y la paciencia que me ofreciste, los cuales fueron esenciales durante mis momentos de flaqueza.

A mis profesores geriatras y demás profesores de otras especialidades por transmitirme los conocimientos para por ser el medico que soy ahora.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, quienes a lo largo de mi vida me han inculcado la cultura del trabajo y el estudio. A mi padre el Sr. Ramón Sánchez Hernández por brindarme los recursos necesarios para culminar la residencia. Cada sacrificio que hiciste por mi educación es invaluable. Mi éxito académico es el resultado de tu amor y apoyo incondicional durante toda mi carrera profesional. A mi madre la Sra. Guadalupe Seba Temich por brindarme su amor, apoyo y comprensión. Tus palabras de aliento y tu cariño fueron la fortaleza que me iluminaron durante este camino. Los amo con todo mi corazón y les dedico este trabajo como agradecimiento por todo lo que han hecho por mí.

A mi hermana Mayra Itzel Sánchez Seba, por enseñarme que la vida es más divertida acompañada. Gracias por las risas y por tu apoyo cuando me sentía perdida. Sin duda siempre serás mi compañera de vida.

ÍNDICE

Resumen.....	7
Abstract	8
Abreviaturas	9
Glosario	10
Relación de tablas y figuras	12
Introducción	13
Marco teórico	14
1. Depresión en los adultos mayores.....	14
1.1. Epidemiología	14
1.2. Factores de riesgo.....	14
1.3. Diagnóstico	15
2. Polifarmacia	18
2.1 Definición.....	18
2.2. Epidemiología	19
2.3. Factores de riesgo.....	19
2.4. Diagnóstico	20
Justificación.....	22
Planteamiento de Problema.....	23
Pregunta de investigación	24
Objetivos	25
Hipótesis.....	26
Material y Métodos	27
Variables	28
Tamaño de la muestra	30
Descripción general del estudio	31
Análisis estadístico.....	32
Aspectos éticos.....	33

Recursos	35
Cronograma de actividades	36
Resultados	37
Discusión.....	48
Limitaciones.....	51
Conclusiones	52
Recomendaciones.....	53
Referencias bibliográficas	54
Anexos	59
Anexo 1. Hoja de recolección de datos.....	59
Anexo 2. Escala de depresión geriátrica (GDS 15).....	60
Carta de consentimiento informado.	61
Carta de no inconveniencia	65

RESUMEN

Título. Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años con polifarmacia del Hospital General Regional No. 1 Charo. **Antecedentes.** La depresión es común a lo largo de la vida, está presente hasta en un tercio de los adultos mayores. La polifarmacia suele definirse como el uso rutinario de tres o más medicamentos. Ambos síndromes geriátricos se han asociado entre sí, y afectan de manera negativa a la salud de los adultos mayores. **Objetivo.** Conocer la prevalencia de depresión en los adultos mayores de 65 años con polifarmacia del Hospital General Regional 1. Charo. **Material y métodos.** Estudio observacional, prospectivo y transversal que incluirá pacientes de 65 años o más con polifarmacia, que presenten depresión en un hospital de segundo nivel durante un periodo de 3 meses. La muestra se recabo de la consulta externa de Geriátria y fue analizada con el software SPSS versión 23.0. **Resultados.** La prevalencia de depresión fue del 54.4% y en pacientes no deprimidos fue del 45.6%. **Conclusiones.** La prevalencia de depresión fue mas frecuente en los pacientes con polifarmacia, en el sexo femenino, en casados y viudos, con escolaridad nula o primaria. Las patologías más frecuentes fueron la hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus 2. No hubo relación en el numero de fármacos consumidos y puntaje de GDS.

Palabras clave: Depresión, polifarmacia, consulta externa.

ABSTRAC

Title. Prevalence of depression in patients over 65 years of age with polypharmacy at the Hospital General Regional No. 1 Charo. **Background.** Depression is common throughout life, and is present in up to one third of older adults. Polypharmacy is usually defined as the routine use of three or more medications. Both geriatric syndromes have been associated with each other and negatively affect the health of older adults. **Objective.** To determine the prevalence of depression in adults over 65 years of age with polypharmacy at the Hospital General Regional No. 1 Charo. **Materials and methods.** Observational, prospective, cross-sectional study that includes patients aged 65 years or older with polypharmacy who present depression at a second level hospital over a period of 3 months. The sample was collected from the Geriatrics outpatient clinic and was analyzed with SPSS software version 23.0. **Results.** The prevalence of depression was 54.4% and in non-depressed patients it was 45.6%. **Conclusions.** The prevalence of depression was more frequent in patients with polypharmacy, in females, married and widowed, with no or primary education. The most frequent pathologies were systemic arterial hypertension and diabetes mellitus 2. There was no relationship between the number of drugs consumed and GDS score.

Keywords: Depression, polypharmacy, outpatient clinic.

ABREVIATURAS

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.
CIE -10: Clasificación Internacional de Enfermedades decima revisión.
CONAPO: Consejo Nacional de Población
DM2: Diabetes mellitus tipo 2
DSM-5: Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales 5
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ERC: Enfermedad Renal Crónica
EUA: Estados Unidos Americanos
GDS: Escala de Depresión Geriátrica
HAS: Hipertensión arterial Sistémica
HGR1: Hospital General Regional No. 1
HRS-D: Escala de Calificación de Hamilton para la Depresión
ICC: Insuficiencia cardiaca crónica
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
NESDO: Estudio Holandés sobre la Depresión en Personas Mayores
OMS: Organización Mundial de la Salud
SDS: Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences
STOPP: Screening Tool of Older Person's Prescription
VGI: Valoración geriátrica integral

GLOSARIO

ADULTO MAYOR: En términos legales y convencionales la edad cronológica se utiliza para fijar obligaciones y reconocer derechos. Asignar roles sociales y esperar comportamientos personales, hay prácticas, experiencias y disposiciones legales. En nuestro país se consideran adultos mayores a partir de los 60 años de edad.

CALIDAD DE VIDA: Condición que resulta del equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas y la no satisfacción de éstas, tanto en el plano objetivo (posibilidad del desarrollo completo de la personalidad) como en el plano subjetivo (satisfacción por la vida y las aspiraciones personales).

CRITERIOS DE BEERS: Es una lista de fármacos que deberían ser evitados en las personas mayores de 65 años debido a su ineficacia, o por presentar unos riesgos innecesarios con alternativas más seguras, además que no se deberían utilizar en personas mayores con determinadas patologías médicas

CRITERIOS DE STOPP- START: Son criterios explícitos basados en sistemas fisiológicos que resumen la evidencia sobre problemas de prescripción relevantes clínicamente relacionados con el uso de medicamentos potencialmente inapropiados (criterios STOPP) y con potenciales omisiones de prescripción (criterios START).

DEPRESIÓN: Es un conjunto de signos y síntomas caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

DETERIORO COGNITIVO MAYOR: Alteración de varias funciones cognitivas en un grado superior del esperado para la edad, el estado de salud integral y el nivel cultural de la persona, con repercusión en la ABVD.

DISCAPACIDAD: cualquier impedimento o restricción para realizar una actividad de manera normal.

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS: Son aquellas enfermedades que van degradando física y/o mentalmente a quienes las padecen, provocan un desequilibrio y afectan a los órganos y tejidos.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA: Es un instrumento útil para el tamizaje del estado de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo.

FACTOR DE RIESGO: Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad; su asociación tiene efectos aditivos para desarrollar alteraciones de la salud.

GERIATRIA: rama de la medicina que estudia los procesos patológicos, psicológicos y sociales de los ancianos con sus repercusiones y consecuencias, mediante un abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico para mantener al adulto mayor en el mejor sitio, su domicilio.

MORBILIDAD: Cantidad de personas que tienen una enfermedad en un lugar y en un periodo de tiempo determinado en relación con el número total de la población.

MORTALIDAD: Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.

POLIFARMACIA: La utilización de 3 o más fármacos en una persona, incluye medicamentos de origen homeopáticos, alopáticos y herbolarios.

SINDROME GERIATRICO: Formas de presentación más frecuentes de las enfermedades del adulto mayor.

VALORACIÓN GERIATRICA INTEGRAL: Instrumento de evaluación multidimensional: biopsicosocial y funcional, que permite identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento.

RELACION DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Criterios DSM 5 para el trastorno depresivo mayor.	16
Tabla 2. Operalización de variables	28
Grafica 1. Edad de pacientes incluidos en el estudio	37
Grafica 2. Sexo de pacientes incluidos en el estudio	37
Grafica 3: Estado civil de pacientes incluidos en el estudio	38
Tabla 3. Características sociodemográficas	38
Grafica 4. Escolaridad de pacientes incluidos en el estudio	39
Grafica 5. Comorbilidades presentes en los pacientes incluidos en el estudio	39
Tabla 4. Porcentaje de numero de fármacos y grupos más frecuentes consumidos por los pacientes.....	40
Grafica 6: Número de fármacos consumidos por los pacientes	40
Grafica 7. Grupo de fármacos más consumidos por los pacientes.....	41
Tabla 5. Porcentaje de puntuación GDS en los pacientes del HGR1.....	41
Grafica 8. Puntuaciones GDS en pacientes incluidos en el estudio	42
Tabla 7. Comparación de características sociodemográficas en pacientes con polifarmacia con Depresión.....	43
Tabla 8. Relación de comorbilidades en pacientes con polifarmacia y Depresión.....	44
Grafica 9. Comorbilidades en pacientes con depresión y sin depresión	45
Tabla 6. Relación de Polifarmacia con Depresión en pacientes del HGR1	46
Grafica 10. Fármacos más frecuentes en depresión	46
Tabla 9. Relación puntaje GDS con depresión	47
Tabla 10. Comparación del número de fármacos en pacientes con depresión de acuerdo a puntuación GDS	47

INTRODUCCIÓN

La mayor esperanza de vida, es la causa del rápido envejecimiento de las poblaciones en todo el mundo. Actualmente, la esperanza de vida es de 72,7 años en hombres y 78,1 años en mujeres. ¹

La depresión es un síndrome geriátrico de alta prevalencia en el adulto mayor, En México, varía entre 26% y 66%; un estudio en población marginal reportó depresión de 60%. ². Existen varios factores, tanto genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales que influyen en la aparición de esta patología. ³. La gran mayoría de estudios reporta que la proporción de depresión es más alta en mujeres que en hombres, en pacientes viudos, divorciados y bajo nivel de educativo. ⁴. La mayoría de los problemas de salud que enfrentan las personas mayores están asociados con enfermedades crónicas. La depresión se ha relacionado con la presencia de una o varias enfermedades crónicas, que hace imprescindible el consumo de varios fármacos para el control de estas, lo que nos lleva a la polifarmacia. ⁵

La polifarmacia pertenece a los grandes síndromes geriátricos, es una de las situaciones más frecuentes, con suficientes implicaciones relacionadas con la morbilidad y la mortalidad en el adulto mayor. ⁶ La prevalencia de polifarmacia varía ampliamente en función de su definición, del ámbito asistencial o de la población a la que se aplique, la fuente de información utilizada, el rango de edad de los individuos y el período de estudio (18,2 % al 79,5 %). ⁷. De acuerdo a la OMS la polifarmacia se define como como el consumo más de tres fármacos simultáneamente. ⁸.

La principal problemática de la depresión y la polifarmacia es que agrava las comorbilidades, aumenta las necesidades de atención de salud incluyendo la atención de hospitalización y emergencia, aumenta la discapacidad, deteriora la calidad de vida, aumenta el consumo de drogas y alcohol. ⁹.

Dada la alta prevalencia de ambos síndromes geriátricos, es necesario generar estrategias que mejoren la calidad de vida los adultos mayores.

MARCO TEÓRICO

1. Depresión en el Adulto mayor

La depresión es la causa más frecuente de sufrimiento emocional en los adultos mayores.¹⁰ Este trastorno se encuentra infradiagnosticado ya que se considera un proceso normal del envejecimiento.¹¹ Los síntomas depresivos a menudo afectan a personas con enfermedades médicas crónicas, deterioro cognitivo o discapacidad. Existen factores de riesgo, los cuales son más frecuentes durante la vejez, tales como el duelo, el aislamiento social, el deterioro y las enfermedades somáticas que pudiesen condicionar su presentación.¹² La depresión tiene gran impacto en la salud de los adultos mayores ya que disminuye significativamente la calidad de vida y aumenta tanto la morbilidad como la mortalidad suicida y no suicida.

1.1. Epidemiología

La depresión es un trastorno común y está presente en hasta un tercio de los adultos mayores.¹³ Se ha determinado que las cifras presentan variaciones debido a la utilización de instrumentos de diagnóstico, la metodología utilizada y la falta de programas integrales de atención. La Secretaría de Salud señaló en 2011 que la incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36 % en la consulta externa e incrementa hasta un 40% tras el egreso del paciente hospitalizado. La prevalencia de depresión se determinó en 5275 pacientes de entre 60 a 103 años. Se encontró una prevalencia de depresión en adultos mayores del 74,3% (1734 hombres y 2186 mujeres) donde variables como edad, escolaridad, estado civil, nivel de somatización, ocupación y actividades sociales fueron factores estadísticamente asociados con la aparición de depresión.¹⁴ Esta patología afecta entre el 10 y el 20% de los adultos mayores hospitalizados, del 15 y el 35 % en pacientes institucionalizados y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades comórbidas.¹⁵

1.2. Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo se mostró que los pacientes con ingresos más bajos aumentaron significativamente el riesgo de depresión.¹⁶ El estado civil parece no tener

influencia en la aparición de la depresión.¹⁷ Los síntomas depresivos son frecuentes en personas con enfermedades médicas crónicas. En casi todos los estudios de revisiones anteriores se encontró que "el número de enfermedades crónicas o condiciones de salud crónicas" son un factor de riesgo. También el empeoramiento de la salud auto valorada se consideró como factor de riesgo.^{18, 19}

1.3. Diagnóstico

La depresión es un trastorno mental afectivo que se caracteriza por presentar tristeza, desmotivación, culpabilidad, cansancio, alteraciones del sueño o del apetito, falta o disminución en la autoestima y la concentración.¹⁹

Tani, Y. y colaboradores mostraron que la edad avanzada no tiene una asociación significativa con la depresión.¹⁶ Un estudio observó afectaciones cognitivas y alteración en la disposición de los individuos para la realización de actividades cotidianas. La intensidad va de moderada a grave y se presenta sufrimiento y afectación en las actividades cotidianas, laborales y familiares.²⁰

En un gran estudio de cohorte de adultos de entre 18 a 88 años, se encontró que los pacientes de 70 años o más experimentaron una mayor gravedad de los síntomas en comparación con los adultos más jóvenes, así como una mayor probabilidad de seguir teniendo el diagnóstico de depresión después de dos años, incluso después de ajustar la enfermedad física y el uso de antidepresivos.²¹

En el CIE-10 la depresión se incluye entre los trastornos del humor y se clasifica en: episodio depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos y otros tipos de episodios depresivos (estados depresivos sin especificación o atípicos), mismos que suelen acompañarse de un cambio en la actividad general asociada con otros síntomas, la mayoría de las veces secundarios.²²

De acuerdo al manual DSM-5, la depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo y se subdivide en: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. Los criterios diagnósticos se mencionan a continuación.²³ Tabla 1

<p>Tabla 1. Criterios DSM-V para el trastorno depresivo mayor.</p> <p>A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.</p> <p>Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable. 2. Disminución importante del interés o el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días (según refiere el propio sujeto u observan los demás) 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi todos los días. <p>Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo) 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena) 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse <p>B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.</p>
--

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

En la práctica clínica a través de la valoración geriátrica integral (VGI) se trata de identificar y cuantificar posibles trastornos afectivos que puedan comprometer la autosuficiencia del adulto mayor.²⁴ A través de los años se han desarrollado varias herramientas para el diagnóstico objetivo y la medición de la gravedad de la depresión. Se realizó una comparación entre la Escala de Calificación de Hamilton para la Depresión (HRS-D), la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung (SDS) y Escala de Depresión Geriátrica (GDS), donde se encontró que la GDS representa una escala de detección de depresión de autoevaluación confiable y válida para poblaciones de edad avanzada.^{25, 26}

El GDS es una herramienta para el diagnóstico y evaluación de la depresión que se desarrolló basándose en los hallazgos en personas mayores con manifestaciones únicas como síntomas físicos, ansiedad y deterioro de la función cognitiva.²⁶ Este cuestionario consta de 30 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no), sobre los sentimientos depresivos durante la última semana. Para la mayoría de estos ítems, una respuesta afirmativa indica síntomas depresivos mayores. Una puntuación de 10 puntos es el límite entre normal y depresión y una puntuación de 20 puntos es la línea divisoria entre depresión leve y grave. En 1986, Sheikh y Yesavage propusieron una versión abreviada del GDS-30 con 15 ítems seleccionados que tenían la mayor correlación con los síntomas depresivos.^{26, 27} El principal objetivo fue mejorar la facilidad de uso al reducir el tiempo de administración de la encuesta y reportó su efectividad para detectar episodios depresivos mayores según los criterios del DSM-5.²⁶

El GDS-15, con una puntuación igual o mayor a cinco ítems positivos supone síntomas depresivos leves, una puntuación igual o mayor a 10 ítems positivos, se considera presencia de síntomas depresivos moderados a graves, por lo tanto, se recomienda un seguimiento mediante evaluación clínica para confirmar el diagnóstico.²⁸ El GDS-15 puede ayudar con la detección temprana de síntomas y diagnóstico de depresión, por lo que es una herramienta válida, confiable y culturalmente apropiada para la población geriátrica.²⁹ (ANEXO 2)

Acosta Quiroz y colaboradores (2021) realizaron un estudio donde el objetivo principal fue evaluar la confiabilidad y validez de la GDS-15 en adultos mayores mexicanos. Los participantes fueron 178 adultos mayores entre 60 y 94 años ($M = 69,16$, $DE = 7,69$). El 53,9% eran mujeres y el 55,8% estaban casados o con pareja. Completaron el GDS-15, una escala de bienestar subjetivo y un cuestionario de calidad de vida. Se encontró evidencia de validez divergente con correlaciones significativas de $- .783$ con bienestar subjetivo y $- .569$ con calidad de vida, además de validez concurrente al discriminar entre participantes con puntuaciones bajas de aquellos con puntuaciones altas de síntomas depresivos.³⁰

2. Polifarmacia

La multimorbilidad se asocia al uso de múltiples medicamentos, a lo que comúnmente se le denomina polifarmacia. Esta última se considera como factor de riesgo para la depresión. Debido a la alta prevalencia de terapias con múltiples medicamentos, se ha prestado especial atención a los efectos de los medicamentos sobre la cognición y los síndromes geriátricos, además de su eficacia y medidas de seguridad.³¹

2.1. Definición

Existen varias definiciones de polifarmacia, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud afirma que la polifarmacia es el uso concurrente de múltiples fármacos. Aunque no existe una definición estándar, suele definirse como el uso rutinario de 3 o más medicamentos. Esto incluye medicamentos de venta libre, recetados y/o tradicionales y complementarios utilizados por un paciente.³² Existen alrededor de 143 definiciones de

polifarmacia y términos asociados según una revisión sistemática.³⁸ Se trata de definiciones numéricas, lo que significa que sólo se utiliza el número de medicamentos para comprobar la presencia de polifarmacia en un individuo. De todas las definiciones el umbral para estas definiciones numéricas de polifarmacia varía de 2 o más a 11 o más medicamentos y el límite/rango para los términos asociados también varía en parte. Por ejemplo, la polifarmacia moderada se define como la ingesta diaria de 4 a 5 medicamentos en una fuente³³ y como la ingesta de 5 a 9 medicamentos en otra.³⁴

2.2. Epidemiología

La prevalencia de la polifarmacia a nivel mundial oscila entre alrededor del 4% y aproximadamente el 96,5%, según el grupo de edad, la definición, el entorno de atención médica y la región. En México, la prevalencia de la polifarmacia del adulto mayor en el momento de su ingreso hospitalario varía, dependiendo del centro y el nivel de atención, pero asciende entre el 55 y 65%.³⁵ La polifarmacia es un síndrome geriátrico que se asocia a mayor riesgo de reacciones adversas a medicamentos, eventos adversos, prescripciones inadecuadas, uso inadecuado de medicamentos, mayor riesgo de hospitalizaciones y mortalidad en los adultos mayores. La prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados en la población geriátrica hospitalizada varía entre el 5.8 y 51.4%.²⁴ En México, la prevalencia de prescripción de fármacos potencialmente inapropiados en cada centro hospitalario es del 25.8 al 35%.³⁶ A nivel mundial, la prescripción inapropiada de medicamentos en la población geriátrica hospitalizada varía entre el 5.8 y 51.4%. En EUA se ha documentado una prevalencia de la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados en el adulto mayor del 7.8-21.1%.³⁷

2.3. Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo demográficos se encuentran la edad, el género femenino y el bajo nivel educativo. Por otra parte, una hospitalización reciente, el síndrome de fragilidad, múltiples comorbilidades y los trastornos del ánimo, tales como depresión, en conjunto se

consideran marcadores del estado de salud que se asocia con mayores tasas de polifarmacia.

38

2.4. Diagnóstico

A lo largo del tiempo se han desarrollado criterios para evaluar la prescripción de fármacos potencialmente inapropiados en los adultos mayores, los más conocidos son los criterios de BEERS⁴⁰ y STOPP/START.⁴¹

Los criterios de BEERS fueron creados en 1991; constan de una lista de medicamentos inapropiados, así como de la relación con padecimientos y condiciones específicas.⁴⁰ Se han realizado modificaciones, las más recientes fueron en 2019 donde se valoraron 53 medicamentos divididos en 3 categorías:

1. Medicamentos potencialmente inapropiados que deben evitarse en los adultos mayores.
2. Medicamentos potencialmente inapropiados que pueden exacerbar ciertas enfermedades o síndromes geriátricos.
3. Medicamentos potencialmente inapropiados que se pueden utilizar con un nivel extra de precaución y vigilancia médica.⁴²

Los criterios STOPP- START se desarrollaron en Irlanda cuya primera versión se publicó en 2008⁴¹ y la segunda versión en 2015.⁴³ Estos criterios se aplican durante la estancia hospitalaria de enfermedad aguda evitando la polifarmacia y manteniendo un efecto tras seis meses de intervención. Al aplicarlos dentro de las 72 horas posteriores al ingreso reducen significativamente las reacciones adversas (con una reducción del riesgo absoluto del 9,3%; número necesario a tratar = 11) y la duración promedio de la estancia hospitalaria en 3 días en personas mayores hospitalizadas con enfermedades agudas no seleccionadas.⁴³

El ensayo MULTIPAP, un estudio observacional, descriptivo y transversal, tuvo como objetivo principal detectar la prevalencia de polifarmacia en una población de 65 a 74 años, según los Criterios Beers de la Sociedad Americana de Geriatria (2015, 2019), el Screening

Tool of Older Person's Prescription STOPP (2008, 2014) y los criterios del Índice de Adecuación de la Medicación “MAI” en atención primaria. La muestra incluyó a 593 ancianos comunitarios de 65 a 74 años con multimorbilidad y polifarmacia. Se detectó una prescripción potencialmente inadecuada en el 57,7%, 43,6%, 68,8% y 71% de 50 pacientes según los criterios explícitos STOPP 2014, STOPP 2008, Beers 2019 y Beers 2015 respectivamente. Por cada nuevo fármaco tomado por un paciente, la puntuación MAI aumentó en 2,41 (IC del 95%: 1,46; 3,35) puntos. ⁴⁴

Ante esto podemos concluir que ambos criterios sirven como herramienta para el personal de salud durante la práctica clínica, sin embargo, se deberá ajustar al contexto clínico de cada paciente.

JUSTIFICACIÓN

La salud mental es poco reconocida a nivel mundial. De acuerdo a la OMS se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.⁴⁵

Sin embargo, existen trastornos que afectan a la salud mental, frecuentes en los adultos mayores y que suelen estar infra valorados e infra tratados. De acuerdo al Instituto de Simetría y Evaluación Sanitaria aproximadamente el 14% de los adultos de 60 años o más viven con un trastorno mental.⁴⁶ Las afecciones de salud mental más frecuentes en los adultos mayores son la depresión y la ansiedad, las cuales se asocian a otros síndromes geriátricos tales como la polifarmacia. Se ha descubierto que la polifarmacia tiene una fuerte asociación con la depresión: es decir, tomar más medicamentos se correlaciona con más síntomas depresivos.⁴⁷ Se realizó un estudio observacional longitudinal que utilizó datos del Estudio Holandés sobre la Depresión en Personas Mayores (NESDO), que incluyó a 375 pacientes con depresión de ≥ 60 años y 132 pacientes no deprimidos. Se encontró que la polifarmacia fue más prevalente entre los pacientes con depresión (46,9%) versus los no deprimidos (19,7%).⁴⁸

A pesar de que existen estudios donde se ha planteado esta problemática, no son muchas las investigaciones sobre la prevalencia de depresión asociada a la polifarmacia en los adultos mayores. En México existe una carencia de datos o éstos resultan inconsistentes respecto a la prevalencia de depresión entre adultos mayores.⁴⁹

Este estudio busca proporcionar información valiosa para el personal de salud de esta unidad, ya que ayudará a tomar medidas preventivas y de manejo durante la práctica clínica diaria. Se detectará la presencia de depresión y polifarmacia en los adultos mayores, así como su prevalencia, lo cual nos proporcionará la oportunidad de realizar la conciliación de fármacos, ayudando a mejorar el funcionamiento, el nivel de independencia y la calidad de vida de nuestros adultos mayores. Se iniciará tratamiento de manera más oportuna a los pacientes que se les diagnostique depresión.⁵⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un problema de salud común durante la vejez.⁴⁷ Un estudio llevado a cabo en derechohabientes ancianos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) estimó una prevalencia que alcanzaba cifras de entre 39% y 42%, utilizando una versión abreviada de la Escala Geriátrica de Depresión.⁵¹

La polifarmacia es un problema de salud pública importante y creciente que ocurre en todo el mundo. La prevalencia de la polifarmacia a nivel mundial varía entre el 5 y 78%. Hay estudios que documentan una prevalencia del 57% en EUA y del 51% en Europa.³⁷

La asociación entre estos dos síndromes geriátricos muy prevalentes en este grupo poblacional, afecta la salud fisio-psico- social del adulto mayor, pero también aumenta la utilización de los servicios de atención sanitaria y social.

Conocer la prevalencia de depresión y polifarmacia de esta unidad, nos ayudará a crear entornos físicos y sociales que faciliten el bienestar y permitan a nuestros pacientes llevar a cabo las actividades que son importantes para ellos, así como optimizar el uso de recursos en la atención médica.

Los adultos mayores son más vulnerables a trastornos de la salud mental, ya que esta no sólo viene determinada por el entorno físico y social, sino también por los efectos acumulativos de las experiencias de vida y los factores estresantes específicos relacionados con el envejecimiento, tales como la pérdida de la funcionalidad, el duelo, jubilación y con esto la reducción de ingresos económicos. Por ello es importante conocer información sobre estas patologías en la población geriátrica de este hospital.

El presente proyecto es factible de realizar ya que se cuenta con población geriátrica que acude a la consulta externa de geriatría, lo cual proporciona facilidad para la recopilación de información, de tal manera que los resultados de esta investigación podrían proporcionar información valiosa para la mejora de las estrategias de prevención, diagnóstico y manejo de estos dos síndromes geriátricos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en los adultos mayores de 65 años con polifarmacia que acuden a la consulta externa de Geriátrica del Hospital General Regional 1 Charo, Michoacán?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer cuál es la prevalencia de depresión en los adultos mayores de 65 años con polifarmacia, que acuden a la consulta externa de Geriátrica del Hospital General Regional 1 Charo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Se plantean los siguientes objetivos:

1. Describir las variables sociodemográficas en los adultos mayores con polifarmacia que acude a la consulta externa de Geriátrica.
2. Identificar los grupos farmacológicos más frecuentes utilizados por adultos mayores con polifarmacia y depresión.
3. Identificar qué relación tienen el número de fármacos utilizados por adultos mayores y el puntaje en la escala de GDS.

HIPÓTESIS

Ho. Prevalencia de depresión es menor al 46.9 % en los pacientes mayores de 65 años con polifarmacia de la consulta externa de Geriatria del HGR1 Charo.

Ha. Prevalencia de depresión es mayor al 46.9% en los pacientes mayores de 65 años con polifarmacia de la consulta externa de Geriatria del HGR1 Charo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo.

Lugar del estudio

Se realizará en el Hospital General Regional 1 Charo, ubicado a Av. Bosques de los Olivos, número 101. La Goleta. Charo, Michoacán.

Universo de trabajo:

Pacientes mayores de 65 años con polifarmacia que acudan a la consulta externa de Geriátrica del HGR1 Charo.

Tiempo:

Julio del 2024 - septiembre del 2024.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes mayores de 65 años con polifarmacia, es decir consumo de 3 o más fármacos.
2. Pacientes mayores de 65 años que cuenten con factores de riesgo para depresión.
3. Pacientes que acepten participar en el estudio firmando consentimiento informado.
4. Aceptación voluntaria de contestar escala de tamizaje.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes mayores de 65 años que tengan el diagnóstico de deterioro cognitivo mayor.
2. Pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de esquizofrenia.

Criterios de eliminación:

1. Pacientes que por cualquier razón decidan abandonar el estudio en cualquier momento.
2. Pacientes que no completen la valoración GDS-15.

TABLA 2. VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD (independiente)	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Edad cumplida en años	CUANTITATIVA CONTINUA	Años cumplidos
SEXO (independiente)	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.	Femenino: propio de la mujer Masculino: propio del hombre	CUALITATIVA NOMINAL	1) Femenino 2) Masculino
ESTADO CIVIL (independiente)	Situación personal en la que se encuentran las personas en un determinado momento de su vida.	Situación de convivencia administrativamente reconocida en el momento de la valoración.	CUALITATIVA NOMINAL	1) Soltero 2) Casado 3) Viudo 4) Separado
ESCOLARIDAD (independiente)	Estudios que una persona ha acreditado en una institución educativa	Nivel de preparación académica del paciente.	CUALITATIVA NOMINAL	1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Licenciatura

COMORBILIDADES (independiente)	Presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo en una persona.	Enfermedades o patologías que presenta el paciente al momento de la valoración.	CUANTITATIVA DISCRETA	1) Hipertensión arterial 2) Diabetes Mellitus 2 3) Insuficiencia cardíaca 4) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 5) Enfermedad renal crónica 6) Enfermedades infecciosas 7) Otras
POLIFARMACIA (independiente)	Síndrome geriátrico que envuelve el uso concurrente de 3 o más fármacos	Consumo de 3 o más fármacos	CUANTITATIVA DISCRETA	# de fármacos
DEPRESIÓN (dependiente)	Trastorno mental que se caracteriza por tristeza, desmotivación, culpabilidad, cansancio, falta o disminución en la autoestima y la concentración, alteraciones del sueño o del apetito.	0-5: Sin depresión 6-15: depresión.	CUALITATIVA NOMINAL	1 depresión 2 sin depresión.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

A través de la fórmula de cálculo de muestra para estimar la muestra siguiente

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

Donde:

n= población

z= nivel de confianza de 95% (1.96)

p= proporción esperada (46.9%) = 0.469

q= 1 – p = 0.531

d= precisión de 0.05

Un universo muestra de 240 pacientes que acuden a la consulta externa en un periodo de 3 meses.

$$N = \frac{1.96^2 * 0.469 * 0.531 * 240}{0.05^2 (240-1) + 1.96^2 * 0.469 * 0.531}$$

Por lo tanto, se requerirá de la muestra de al menos: 147 pacientes

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Este estudio se llevará a cabo en el Hospital General Regional 1 Charo, Michoacán, de agosto del 2024 a septiembre del 2024, a todos los pacientes mayores de 65 años que acudan a la consulta externa de Geriátrica. Esto se realizará tras la aprobación por el Comité Local de Investigación.

Se detectarán a los pacientes que consuman más de 3 fármacos y que cumplan con los criterios de inclusión.

Una vez que el paciente haya aceptado participar en el estudio y firmado el consentimiento informado, se procederá a la aplicación de la escala de tamizaje Geriatric Depression Scale de 15 preguntas, para la detección de depresión. La escala impresa se aplicará por el investigador Dra. Jazmin de los Angeles Sánchez Seba en un lapso de 5 minutos aproximadamente. Se realizará en el consultorio de geriatría los días lunes, miércoles y viernes durante la consulta externa en turno matutino y vespertino. Los datos obtenidos del paciente serán respetados de acuerdo a la confidencialidad, mediante un número de ID. del paciente a través de un folio. Posteriormente se resguardarán en una carpeta a la cual solo tendrán acceso los investigadores de este estudio.

Se recopilará la información y se hará uso de programa Excel para su organización y codificación. Posteriormente se exportarán al programa SPSS versión 23.0 para su análisis. Los resultados se presentarán en un reporte final con gráficos y tablas, así como el análisis estadístico de los resultados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

La información de este estudio será analizada con el software del paquete estadístico SPSS versión 23.0

Con la información obtenida durante la consulta externa de Geriatría, se determinará una estadística descriptiva, que se calculará en forma de tendencia central, el promedio y medianas. Las medidas de descripción se calcularán con desviación estándar.

Para la comparación de variables se empleará la prueba T de Student o U de Mannwhitney para las variables cuantitativas. En el caso de las variables cualitativas se empleará la prueba Chi cuadrada o exacta de Fisher. En ambos casos con un intervalo de confianza del 95%. Para considerar significancia estadística, el valor de la P deberá ser menor a 0.05.

ASPECTOS ÉTICOS:

El proyecto de investigación se realizará con pleno cumplimiento de las exigencias normativas y éticas que se establecen en investigación para la salud en su artículo quinto, capítulo único del artículo 100 de la Ley General de Salud [LGS, 1997].

En apego al Código de Nuremberg 25 y en total respeto de la Declaración de Helsinki.

En este proyecto de investigación se realizará en todo momento las siguientes acciones:

- Se mantendrá en confidencialidad la identidad y datos personales de los participantes.
- El estudio no incluye procedimientos invasivos que puedan comprometer la integridad y salud del paciente.
- No se les administrará fármacos o sustancias a los participantes del protocolo.
- Dicho estudio no va a interferir en absoluto con el tratamiento del paciente.
- La participación del paciente en el protocolo no le generará ningún tipo de gasto.
- Previo a la realización de las pruebas se le brindará al paciente una carta de consentimiento informado y se le informarán de los riesgos y beneficios de su participación en el estudio y se le explicará con detalle en qué consistirá su participación.
- Se respetará en todo momento la decisión que tome el paciente respecto al protocolo.

El investigador principal se compromete a proporcionar la información oportuna sobre cualquier procedimiento al paciente, así como responder cualquier duda que se presente con respecto al procedimiento que se llevará a cabo.

Se mencionan los apartados dedicados a la elaboración de proyectos de investigación de las más importantes cartas mundiales de bioética en el mundo.

Dicho lo anterior de acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación, este protocolo se clasifica con un riesgo categoría II: investigación con riesgo mínimo, ya que se trata de un estudio descriptivo donde se realizará diagnóstico de depresión con la herramienta de GSD-15, para detectar su relación con la polifarmacia.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD:

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse bajo las siguientes bases:

1. Se ajustará a principios científicos y éticos que la justifiquen.
2. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
3. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
4. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles.
5. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señale.
6. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
7. Contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, ética y de bioseguridad en su caso.
8. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso, de la secretaría.

RECURSOS

Recursos humanos:

Dra. Jazmín de los Angeles Sanchez Seba, médico residente de cuarto año de geriatría.

Recursos materiales:

Equipo de cómputo financiado por el investigador para la redacción del protocolo de investigación y recopilación de datos.

Impresiones de hoja de recolección de datos.

Impresiones con la escala GDS-15 para su aplicación durante la consulta externa de geriatría.

Programa EXCEL para la organización de datos y resultados.

Programa IBM SPSS Statistics 23.0 para el análisis estadístico.

FINANCIAMIENTO

Presupuesto: no aplica.

FACTIBILIDAD

Este estudio es factible ya que se cuenta con acceso a pacientes en volumen suficiente, se requiere de inversión mínima y se tiene la capacidad técnica para llevarlo a cabo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

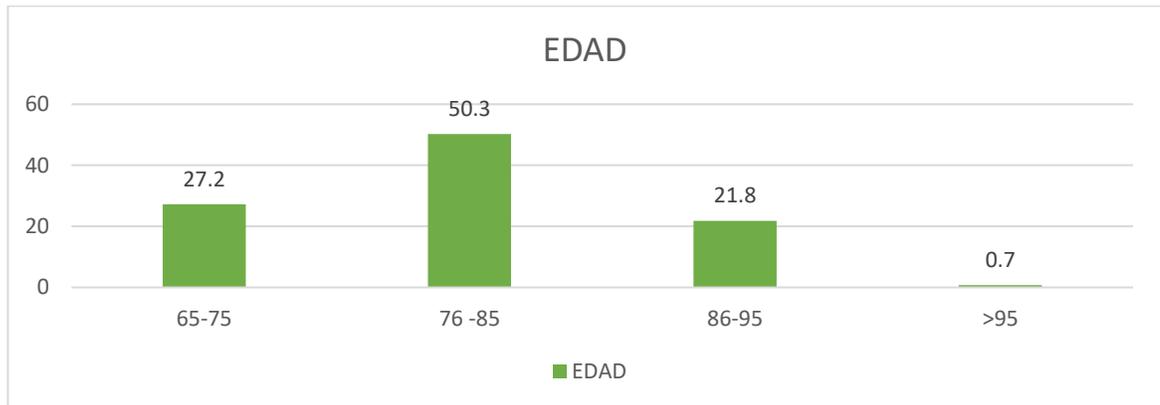
	AÑO 2024										
Actividad	Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos	Sept	Oct	Nov
Elaboración del protocolo	■	■	■	■	■						
Registro del protocolo ante el Comité de Investigación						■	■				
Recopilación de información							■	■	■		
Captura y Análisis de la información								■	■		
Interpretación de resultados									■		
Redacción de tesis									■		
Presentación de resultados										■	■
Divulgación											■

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 147 pacientes de la consulta externa de Geriatría del HGR1 Charo, cuya muestra fue recopilada en el periodo del 1 de julio al 30 de septiembre del 2024.

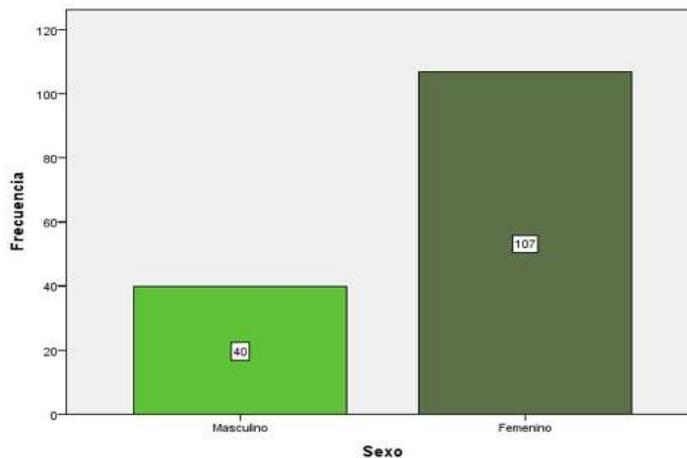
La media de edad fue de 79.73 (DE 6.82), siendo la edad mínima de 65 años y la máxima de 97 años. **Grafica 1.** La distribución por genero se registró predominio por el sexo femenino (72.8%) a comparación del sexo masculino (27.2 %). **Grafica 2.** Para el estado civil se documentó predominio de pacientes casados (47.6%), seguido de pacientes viudos (42.9%) y en menor proporción pacientes solteros (7.5%) y separados (2%). **Grafica 3**

Grafica 1. Edad de pacientes incluidos en el estudio.



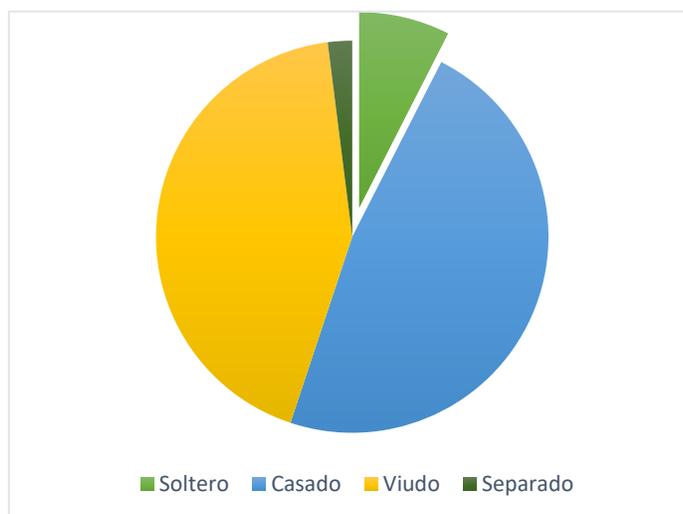
Fuente: Elaboración propia.

Grafica 2. Sexo de pacientes incluidos en el estudio



Fuente: Elaboración propia

La escolaridad se registró en mayor porcentaje para primaria (55.1%), seguido de analfabetas (22.4%), secundaria (8.8%) y por último estudios superiores como licenciatura (7.5%) y preparatoria (6.10%). **Grafica 4.** Las características sociodemográficas se resumen en la **Tabla 3.**



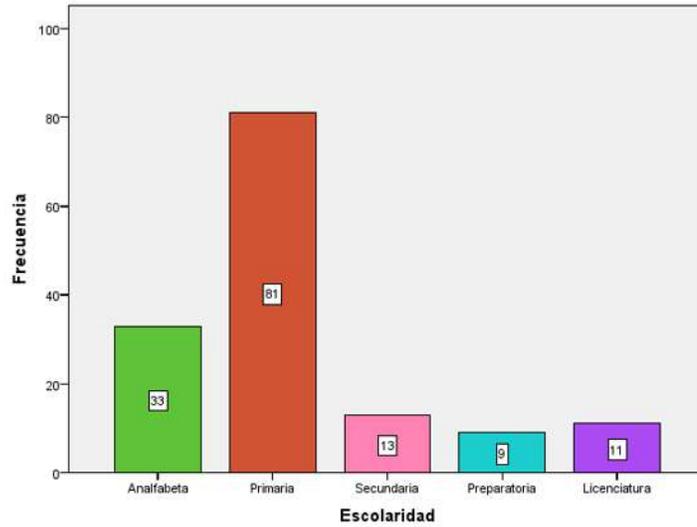
Grafica 3: Estado civil de pacientes incluidos en el estudio

Fuente: Elaboración propia

TABLA 3. Características sociodemográficas		
Total= 147		
	n	%
Edad		
65 -75	40	27.20%
76 - 85	74	50.30%
86- 95	32	21.80%
>95	1	0.70%
Media (DE) 79.73 (6.82)	Mínimo 67	Máximo: 97
Sexo		
Femenino	107	72.80%
Masculino	40	27.20%
Edo civil		
Soltero	11	7.50%
Casado	70	47.60%
Viudo	63	42.90%
Separado	3	2%
Escolaridad		
Analfabeta	33	22.40%
Primaria	81	55.10%
Secundaria	13	8.80%
Preparatoria	9	6.10%
Licenciatura	11	7.50%

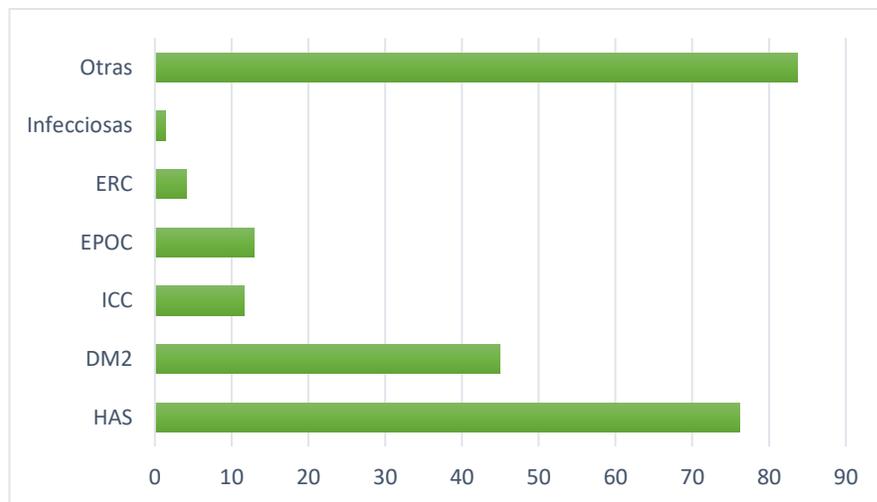
Fuente: Elaboración propia.

Grafica 4. Escolaridad de pacientes incluidos en el estudio



Fuente: Elaboración propia.

Las principales enfermedades que presentaron los pacientes fueron Hipertensión arterial sistémica en un 76.2% de la población (n=112), seguido de Diabetes mellitus tipo 2 en un 44.9% (n=66), Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica en 12.91% (n=19), Insuficiencia cardiaca crónica en 11.60% (n=17), Enfermedad renal crónica en 4.10% (n=6) y por último enfermedades infecciones en 1.4% (n=2). Hasta en un 83.7% (n=123) presentaban otras enfermedades como Hipotiroidismo, Cardiopatía isquémica, Osteoporosis, etc. **Grafica 5.**



Grafica 5. Comorbilidades presentes en los pacientes incluidos en el estudio

Fuente: elaboración propia.

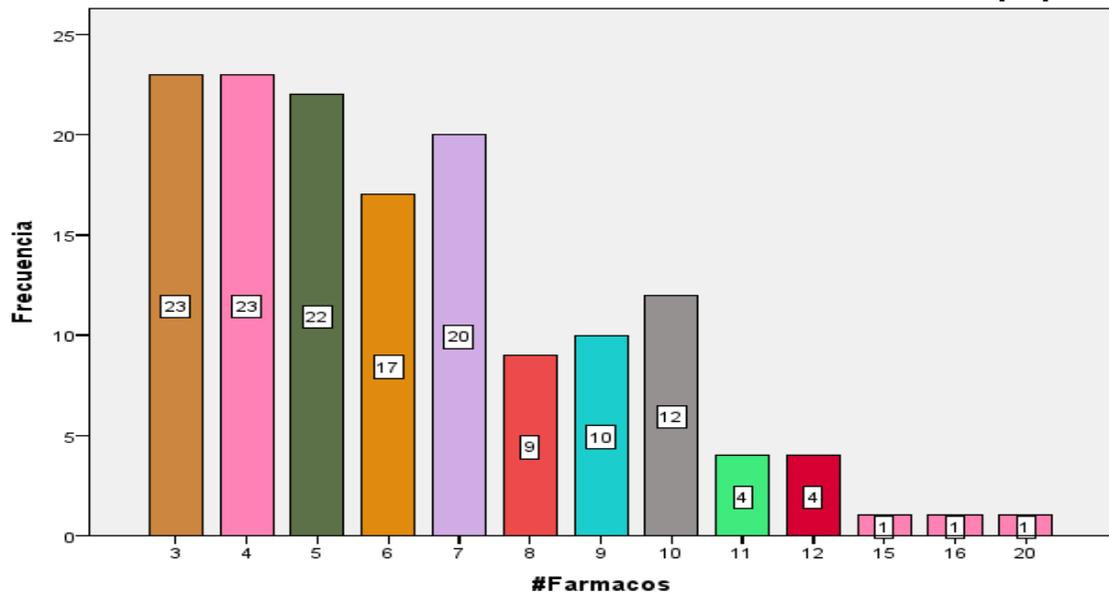
Polifarmacia

La media de fármacos consumidos por los pacientes fue de 6.38 (DE 2.93), siendo el mínimo de fármacos prescritos de 3 y máximo de 20, con un porcentaje de consumo de 3-5 medicamentos del 46.30% al igual que de 6-10 fármacos (46.30%). En menor proporción se observó el consumo de más de 10 fármacos con un 7.5%. **Tabla 4. Grafica. 6**

Tabla 4. Porcentaje de numero de fármacos y grupos más frecuentes consumidos por los pacientes		
Total: 147		
	n	%
Número de Fármacos		
3 a 5	68	46.30%
6 a 10	68	46.30%
11 a 15	9	6.10%
16 a 20	2	1.40%
Media (DE)	6.38 (2.93)	
Grupo de fármacos		
Anti hipertensivos	114	77.60%
Anti diabéticos	63	42.90%
Analgésicos	85	57.80%
Benzodiacepinas	32	21.80%
Antidepresivos	41	27.90%
Otros	129	87.80%

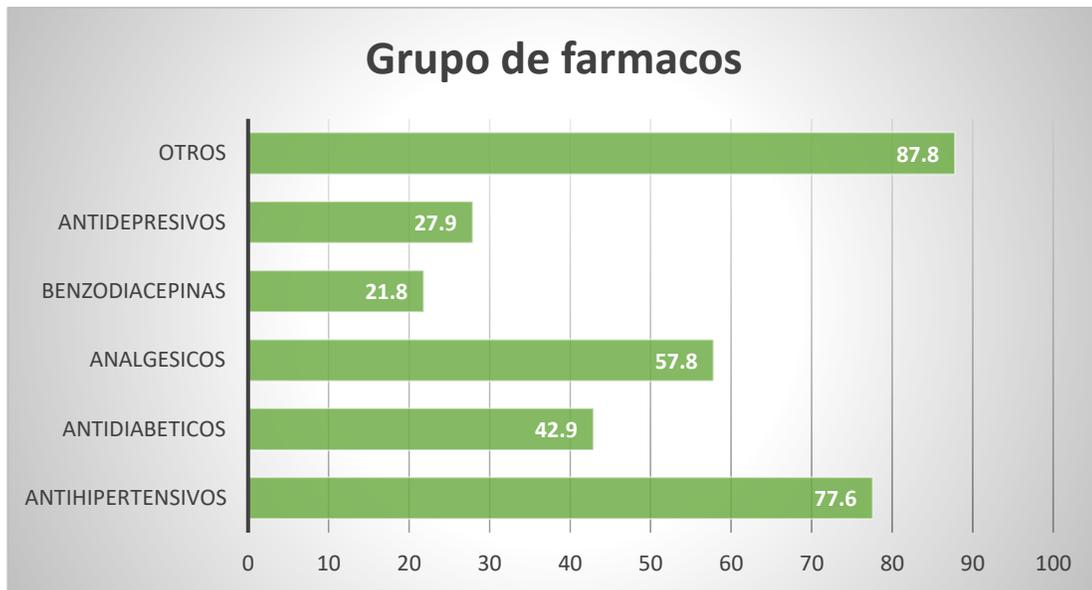
Dentro del grupo de fármacos mas frecuentes fueron los antihipertensivos en 77.60%, seguido por analgésicos en 57.8%, anti diabéticos en 42.9%, antidepresivos en 27.9% y benzodiacepinas en 21.9%. La mayoría de los pacientes (87.8%) consumían otro tipo de fármacos. **Tabla 2. Grafica 7.**

Fuente: elaboración propia.



Grafica 6: Número de fármacos consumidos por los pacientes

Fuente: Elaboración propia.



Grafica 7. Grupo de fármacos más consumidos por los pacientes.

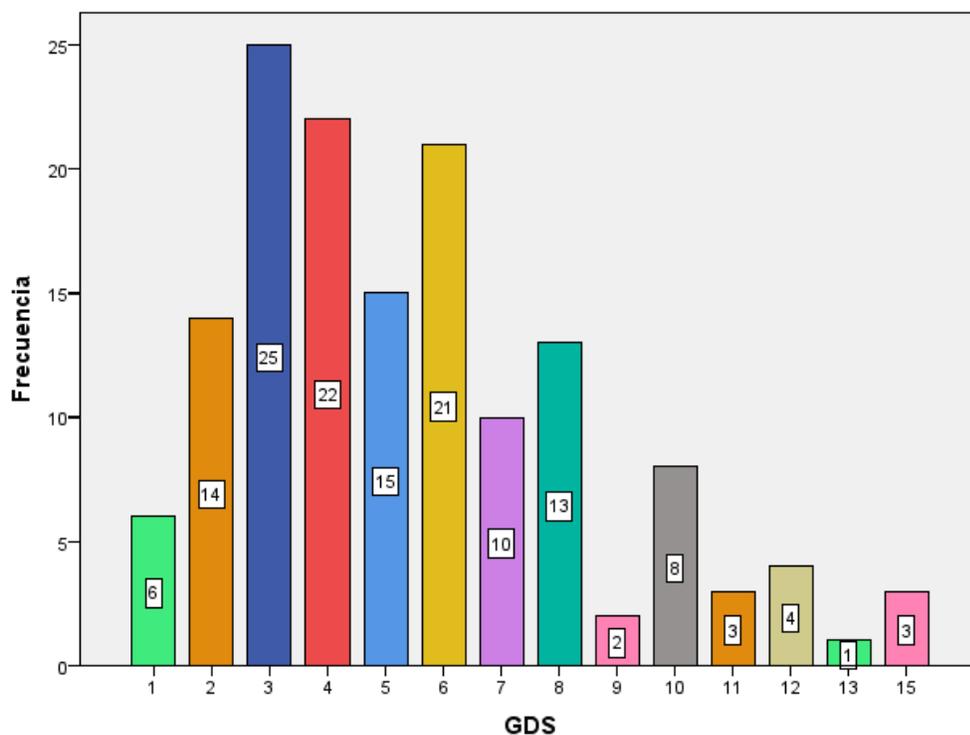
Fuente: Elaboración propia.

Depresión

Para la de detección de depresión se empleó la escala GDS reportando puntuaciones del 1 al 15, con un predominio de puntuación de 3 puntos (17%) y una puntuación de 13 puntos en un solo paciente. **Tabla 5. Grafica 8.** Más adelante se mencionarán más datos sobre las medias de puntuación en pacientes deprimidos y no deprimidos.

Tabla 5. Porcentaje de puntuación GDS en los pacientes del HGR1		
Total: 147 (100)		
GDS	n	%
1	6	4.1
2	14	9.5
3	25	17.0
4	22	15.0
5	15	10.2
6	21	14.3
7	10	6.8
8	13	8.8
9	2	1.4
10	8	5.4
11	3	2.0
12	4	2.7
13	1	0.7
15	3	2.0

Fuente: Elaboración propia.



Grafica 8. Puntuaciones GDS en pacientes incluidos en el estudio.
Fuente: Elaboración propia.

De los 147 pacientes incluidos en el estudio, quienes cumplieron con presencia de polifarmacia, es decir, consumo de 3 o más fármacos y aplicando la escala GDS con un corte de igual o más de 5 puntos, se encontró una prevalencia de depresión de 54.4 % en comparación a los no deprimidos del 45.6% (p=0.461). **Tabla. 6**

Se realizó una comparación de características sociodemográficas entre los pacientes deprimidos y no deprimidos encontrando que la edad media en años de los pacientes deprimidos fue de 79.26 (DE 6.8) y de los no deprimidos de 80.3 (DE 6.86) (p= 0.361). El sexo femenino presentó depresión en un 76.3% y el sexo masculino fue del 23.8% con un p=0.303. El estado civil más frecuente en pacientes con depresión fueron los casados (52.5%) y viudos (42.5 %) con una p= 0.196 y la escolaridad más asociada a depresión fue primaria (53.8%) y analfabetas en (23.8%) con una p= 0.936. **Tabla 7.**

Tabla 7. Comparación de características sociodemográficas en pacientes con polifarmacia con Depresión.				
		Pacientes con depresión n= 80	Pacientes sin depresión n=67	
Variable				p
Edad (años)	media (DE)	79.26 (6.8)	80.3 (6.86)	0.361
Sexo				
Femenino	n (%)	61 (76.3)	46 (68.7)	0.303
Masculino		19 (23.8)	21 (31.3)	
Edo. Civil				
Soltero	n (%)	3 (3.8)	8 (11.9)	0.196
Casado		42 (52.5)	28 (41.8)	
Viudo		34 (42.5)	29 (43.3)	
Separado		1 (1.3)	2 (3)	
Escolaridad				
Analfabeta	n (%)	19 (23.8)	14 (20.9)	0.936
Primaria		43 (53.8)	38 (56.7)	
Secundaria		8 (10)	5 (7.5)	
Preparatoria		4 (5)	5 (7.5)	
Licenciatura		6 (7.5)	5 (7.5)	

Fuente: Elaboración propia.

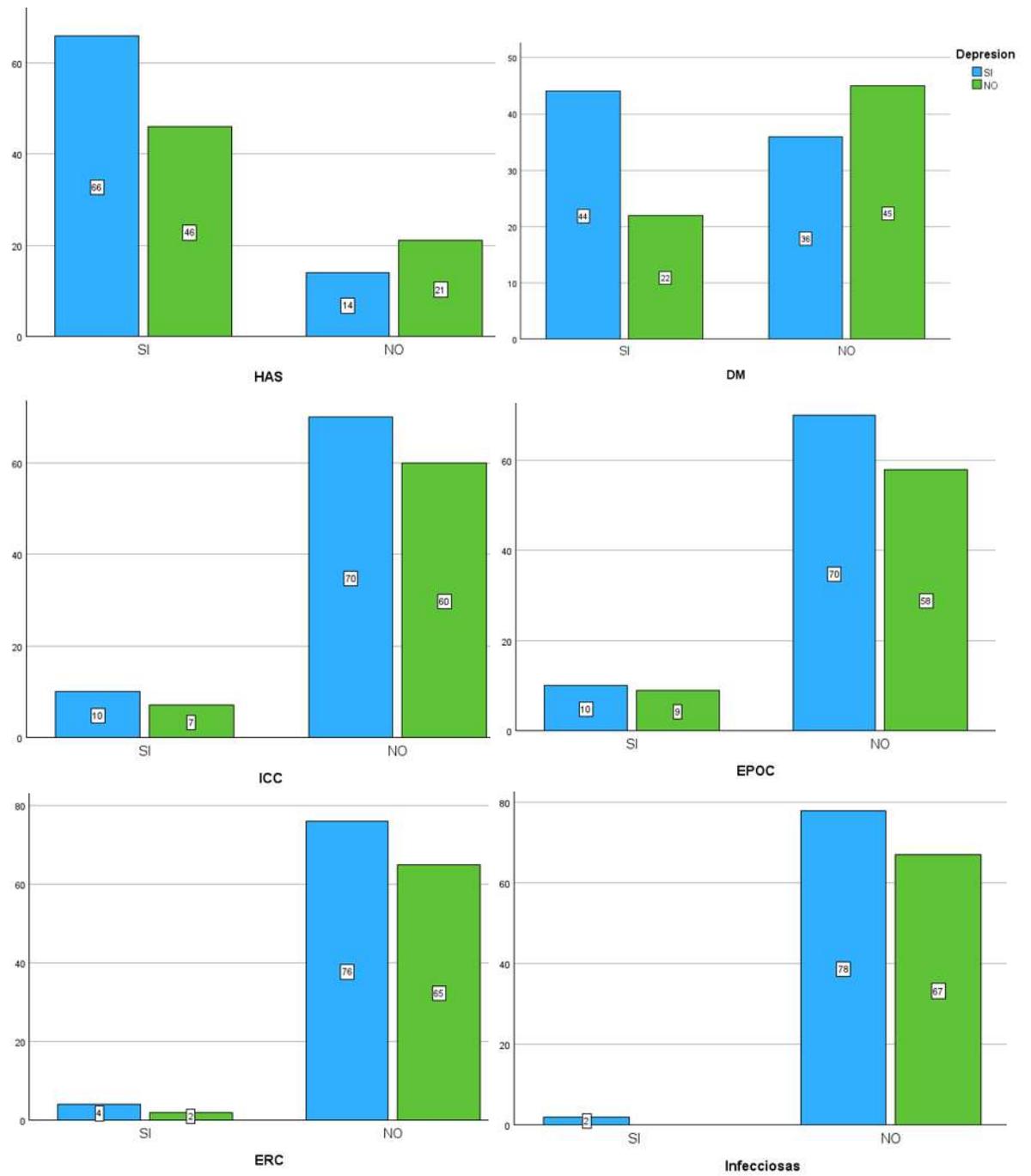
En los pacientes a los que se les detectó depresión se encontró que padecían Hipertensión arterial sistémica en un 82.5% ($p=0.050$), Diabetes mellitus 2 en 55% ($p=0.007$), Insuficiencia cardiaca crónica en 12.5% ($p=0.698$) al igual que la Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica en 12.5% (0.867) y en menor proporción Enfermedad renal crónica en un 5% (0.539) y patologías infecciosas en 2.5% ($p=0.193$) ninguna de estas con significación estadística. **TABLA.8 Grafico. 9**

El número de fármacos en los pacientes con depresión fue de una media de 7.03 (DE 3.10) y en los no deprimidos una media de 5.06 (DE 2.54) con una p de 0.002. La presencia algunos grupos de fármacos en los pacientes deprimidos vs no deprimidos, fue de: antihipertensivos (83.8% vs 16.3%, $P=0.049$), antidiabéticos (52.5% vs 47.5% $p= 0.010$), analgésicos (58.8% vs 41.3% $p= 0.804$) y otros medicamentos (93.8% vs 6.3% $p= 0.015$). A diferencia de los psicofármacos

Tabla 8. Relación de comorbilidades en pacientes con polifarmacia y Depresión				
		Paciente con depresión n= 80	Pacientes sin depresión n=67	p
Comorbilidades				
HAS				
Si		66 (82.5)	46 (67.2)	0.050
No	n (%)	14 (17.5)	21 (31.3)	
DM2				
Si		44 (55)	22 (32.8)	0.007
No	n (%)	36 (45)	45 (67.2)	
ICC				
Si		10 (12.5)	7 (10.4)	0.698
No	n (%)	70 (87.5)	60 (89.6)	
EPOC				
Si		10 (12.5)	9 (13.4)	0.867
No	n (%)	70 (87.5)	58 (86.6)	
ERC				
Si		4 (5)	2 (3)	0.539
No	n (%)	76 (95)	65 (97)	
Infecciosas				
Si		2 (2.5)	0 (0)	0.193
No	n (%)	78 (97.5)	67 (100)	
Otros				
Si		70 (87.5)	53 (79.1)	0.17
No	n (%)	10 (12.5)	14 (20.9)	

Fuente: Elaboración propia

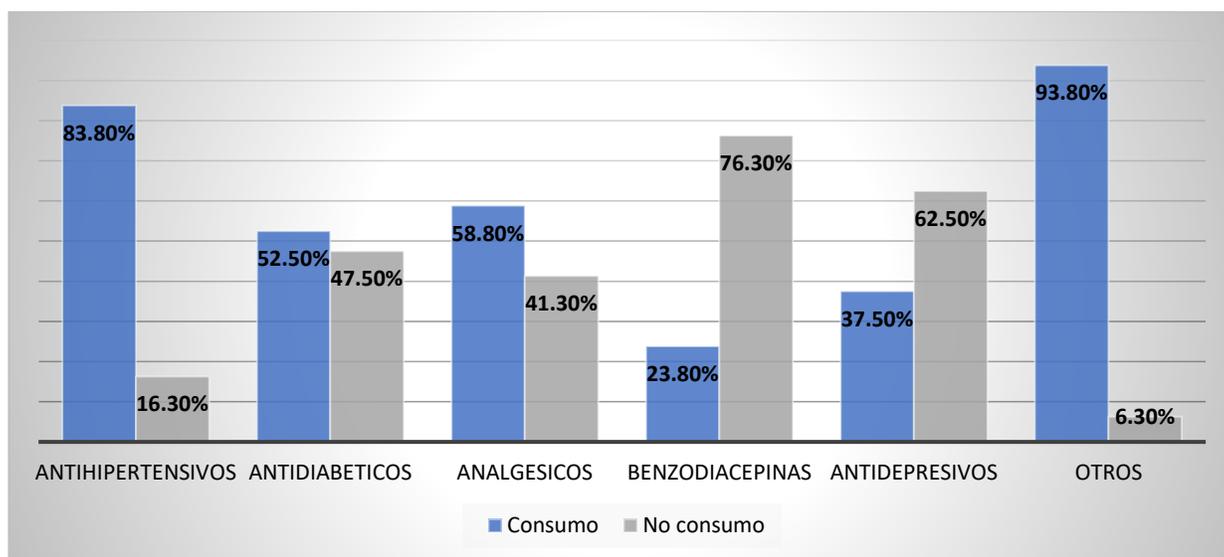
donde los pacientes que si consumían benzodiacepinas fue menos frecuente la depresión a los que no los consumían (23.8% vs 76.3% p=0.525). Los pacientes a los cuales se les detecto depresión estaban consumiendo antidepresivos en un 37.5% y no los consumían 62.5%(p=0.005). **Tabla 6. Grafica 10.**



Grafica 9. Comorbilidades en pacientes con depresión y sin depresión
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Relación de Polifarmacia con Depresión en paciente del HGR1				
		Pacientes con depresión n= 80	Pacientes sin depresión n=67	
Variable				<i>p</i>
Polifarmacia (si)	n (%)	80 (54.4)	67 (45.6)	0.461*
# de fármacos	media (DE)	7.03 (3.10)	5.61 (2.54)	0.002"
Antihipertensivos				
Si	n (%)	67 (83.8)	47(70.1)	0.049
No		13 (16.3)	20 (29.9)	
Antidiabéticos				
Si	n (%)	42 (52.5)	21 (31.3)	0.010
No		38 (47.5)	46 (68.7)	
Analgésicos				
Si	n (%)	47 (58.8)	38 (56.7)	0.804
No		33 (41.3)	29 (43.3)	
Benzodiacepinas				
Si	n (%)	19 (23.8)	13 (19.4)	0.525
No		61 (76.3)	54 (80.6)	
Antidepresivos				
Si	n (%)	30 (37.5)	11 (16.4)	0.005
No		50 (62.5)	56 (83.6)	
Otros				
Si	n (%)	75 (93.8)	54 (80.6)	0.015
No		5 (6.3)	13 (19.4)	

Fuente: Elaboración propia. * χ^2 "t de Student.



Gráfica 10. Fármacos más frecuentes en depresión. Fuente: elaboración propia

El puntaje de GDS en todos los pacientes con polifarmacia fue de una media de 5.5 puntos (DE 3.080). A los que se les detectó depresión la media fue de 7.65 (DE 2.55) y en los no deprimidos fue de 2.94 (0.95) con una $p < 0.001$, lo cual nos da significancia estadística.

Tabla 9.

Tabla 9. Relación puntaje GDS con depresión				
		Pacientes con depresión	Pacientes sin depresión	<i>p</i>
		N= 80	N=67	
GDS				
Total	media (DE)	5.5 (3.080)		
	media (DE)	7.65 (2.55)	2.94 (0.95)	<0.001

Fuente: Elaboración propia.

Los puntos de corte para polifarmacia fueron un consumo igual o mayor de 3 fármacos y para la detección de depresión fueron igual o mayor a 5 puntos en GDS. Se realizó la comparación de la puntuación de GDS con el número de fármacos consumidos, encontrando que el mayor número de pacientes ($n=6$) con depresión, consumían 7 fármacos y tuvieron una puntuación en GDS de 8 puntos. Los pacientes que consumían igual o más de 10 fármacos fueron 16 pacientes lo cual corresponde al 20%, de los cuales solo uno tomaba 20 fármacos que fue la cantidad máxima de fármacos que tenían los pacientes de este estudio. ($p= 0.450$).

Tabla 10. Comparación del número de fármacos en pacientes con depresión de acuerdo a puntuación GDS													
# Fármacos	Puntuación GDS										Total	<i>p</i>	
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15			
3	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	5	0.450	
4	2	2	2	1	1	1	0	1	0	1	11		
5	5	3	4	1	0	1	0	0	1	0	15		
6	1	3	0	1	0	2	0	0	0	0	7		
7	1	5	0	6	0	1	1	1	0	1	16		
8	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4		
9	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1	6		
10	1	1	2	2	1	1	0	1	0	0	9		
11	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
12	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	3		
15	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1		
16	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1		
20	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Fuente: Elaboración propia											80		

DISCUSIÓN

La depresión y la polifarmacia son dos síndromes geriátricos muy frecuentes en los adultos mayores. La prevalencia de depresión en la literatura varía de un lugar a otro, esto depende del país donde se realice y de las herramientas que se utilicen para el diagnóstico. De acuerdo al estudio EURODEP, un metaanálisis donde se analizaron datos de centros de Europa, se encontró con una prevalencia de depresión en un 12.3%, siendo más frecuente en mujeres con un 14.1% y 8.6% en hombres.

En México existen muy pocos estudios acerca de la prevalencia de depresión. Hyver de las Dese y cols realizaron un estudio en el hospital ABC Medical Center en el año 2010 donde se encontró una prevalencia de depresión del 21.7%, sin embargo, este no fue relacionado con otro síndrome geriátrico, ya que se estudiaron de forma independiente, esto a diferencia de nuestro estudio el cual analizó en presencia de polifarmacia.

La finalidad de este trabajo fue conocer la prevalencia de depresión en la población geriátrica con polifarmacia del HGR1 Charo. En la literatura hay muy pocos estudios donde se asocien estos dos síndromes geriátricos, Wiersema y cols en su estudio donde incluyeron 375 pacientes, se encontró una prevalencia de depresión asociado a polifarmacia de 46.9% y del 19.7% en pacientes no deprimidos, coincidiendo con nuestro resultado donde se observó que la prevalencia en pacientes deprimidos fue mayor con un 54.4%, comparándolo con los no deprimidos que fue del 45.6% ($p= 0.461$)

Las características sociodemográficas se han considerado importantes, ya que en ocasiones se contemplan como factores de riesgo. En varios estudios se ha observado mayor frecuencia de depresión en el sexo femenino. Autores como Durán-Badillo y cols reportaron en su estudio descriptivo, transversal y correlacional de 252 pacientes que las mujeres presentaron depresión en 60.3% a diferencia de los hombres el cual fue 39.7%, comparado con nuestros resultados se encontró depresión en 76.3% en las mujeres y 23.8% en hombres, aunque no hubo significancia estadística ($p= 0.303$) podríamos concluir que los resultados concuerdan con la mayoría de la literatura.

En este estudio se observó que dentro de los pacientes con depresión con respecto a su estado civil fue 76.3% en casados y del 23.8% en viudez ($p=0.196$), algo similar al estudio realizado por Spandel Leszek y cols donde se observó una frecuencia de depresión del 43.7% en casados y del 51% en pacientes viudos.

Referente a la escolaridad se observó que en los pacientes con depresión la escolaridad mas frecuente fue primaria con un 53.8% y analfabetas 23.8%, Guerra y cols menciona en su estudio comparativo transcultural de la prevalencia de la depresión en la vejez en países de ingresos bajos y medios menciona que la ausencia o baja escolaridad incrementa la probabilidad de presentar depresión esto por presentar menor tolerancia para afrontar situaciones frecuentes en esta etapa de la vida, como es la viudez, jubilación, perdida de la independencia.

La polifarmacia de acuerdo a la OMS se define como el consumo de 3 o más medicamentos de forma simultánea. La prevalencia depende de la definición operacional que se utilice. En México la prevalencia estima se encuentra entre 55 y 65% al momento de un ingreso hospitalario. Para nuestro estudio se consideró el concepto de polifarmacia de la OMS, incluyendo a pacientes que consumieran 3 o más fármacos, con una media de 6.38 (DE 2.93) en todos los pacientes incluidos en el estudio. En pacientes con depresión se encontró que la media de fármacos fue de 7.03 (3.10) en pacientes con depresión y de 5.61 (DE 2.54) ($p = 0.002$) en pacientes no deprimidos, comparándolo con el estudio de Wiersema y cols donde se encontró una media de 4.7 (2.9) en pacientes con depresión y de 2.6 (2.3) en no deprimidos ($p < 0,001$) ambas con significancia estadística.

Las comorbilidades que se presentaron mas frecuente en pacientes con depresión en nuestro estudio fueron la Hipertensión Arterial sistémica 82.5% ($p=0.050$) y Diabetes mellitus tipo 2 55% (0.007), comparado con estudios como Vázquez Machado y Torres Lugo donde tuvieron una frecuencia del 40.5% y 72.2% respectivamente. Padecer estas enfermedades aumenta las probabilidades de depresión, se suma a ello, la posibilidad de sufrir complicaciones como: retinopatía, neuropatía y nefropatía.

Al ser las enfermedades mas frecuentes que presentaron nuestros pacientes, el tratamiento para su control también fueron los mas frecuentes en los pacientes deprimidos, presentando una frecuencia de antihipertensivos del 83.8% (0.049) y de antidiabéticos del 52.50% (p=0.010). Los grupos de fármacos menos frecuentes fueron las benzodiazepinas y los antidepresivos los cuales si tuvieron significación estadística con un p=0.005.

La puntuación del GDS tuvo una media en todos los pacientes de 5.5(DE 3.080), en los deprimidos de 7.65 (2.55) y en no deprimidos de 2.94 (0.95), con significancia estadística de $p < 0.001$. Sin embargo, al momento de correlacionar el número de fármacos con la puntuación del GDS no se encontró relación, por lo que no podemos confirmar que mayor numero de fármacos mayor puntuación en el GDS.

LIMITACIONES

El GDS es una herramienta útil en la detección de depresión en los adultos mayores, sin embargo, pueden existir limitaciones durante su aplicación tales como las privaciones sensoriales o la presencia de una enfermedad aguda, lo que nos podría dar un resultado no confiable y dar un diagnóstico erróneo.

El tiempo de aplicación de la escala es relativamente corto, pero al contar con poco tiempo durante la consulta para la valoración todas las esferas que involucra la valoración geriátrica integral, en ciertas ocasiones se omite su aplicación, dejando casos sin detectar y sin tratamiento.

CONCLUSIONES

Se incluyeron en nuestro estudio 147 pacientes que acudieron a la consulta externa de Geriátría del HGR1. Cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, entre ellos la presencia de polifarmacia, es decir, el consumo de 3 o más fármacos simultáneamente.

Del total de pacientes la prevalencia de depresión fue del 54.4% a comparación de los pacientes no deprimidos con un porcentaje del 45.6%.

La edad mínima de los pacientes fue de 65 años y una máxima de 97 años. Fue más frecuente el sexo femenino, como la mayoría de la literatura, el estado civil mas frecuente fueron los casados y los viudos. Referente a la escolaridad se observó predominio de la educación primaria y analfabetas.

El número mínimo de fármacos consumidos fue de 3 y un máximo de 20 fármacos, con una media de 7.03 en los pacientes con depresión.

Las patologías más frecuentes fueron la hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus 2, junto con las familias de fármacos (antihipertensivos y antidiabéticos).

Al momento de comparar puntuación del GDS con la cantidad de fármacos no hubo relación, por lo que no podríamos decir que mayor numero de fármacos, mayor puntuación en el GDS.

RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en este proyecto nos muestran la importancia de conocer el estado de salud mental de la población geriátrica y que tan asociado esta con la polifarmacia. En caso de sospechar de depresión por factores de riesgo o presente polifarmacia, se recomienda realizar escala GDS ya que es una herramienta útil y fácil de aplicar durante la consulta externa. En caso de detectar depresión, iniciar el tratamiento farmacológico o no farmacológico de manera oportuna y eficaz que más se adecue al perfil del paciente y dar el seguimiento adecuado. Si se aplica en primer nivel de atención y se tiene dudas sobre el diagnóstico, enviar a valoración oportuna al servicio de Geriátrica.

La depresión al estar asociada con ciertas patologías crónicas y al consumo de fármacos que las controlan, se deberá en todos los casos realizar la conciliación de medicamentos y evitar la prescripción inadecuada, utilizando las herramientas validadas como los criterios de Beers o los criterios de STOPP – STAR, tomando en cuenta las características del paciente e individualizando su manejo.

Es importante la derivación al área de psicología o tanatología, ya que en algunos de los casos se trata de duelos patológicos o situaciones emocionales, y de esa manera evitar la prescripción de nuevos fármacos como los antidepresivos, antipsicóticos, benzodiazepinas o inductores de sueño, que precipitarían más a la polifarmacia y a presentar efectos adversos.

Hay que recordar que la atención del adulto mayor debe abordarse de manera integral y multidimensional, tomando en cuenta elementos biológicos, sociales, culturales y familiares que nos ayude a incrementar su estado de bienestar, por lo que se recomienda las actividades físicas y recreativas como la música, el baile, juegos de mesa, manualidades, actividades que incrementen sus estados de felicidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS. 2015
2. Durán-Badillo T, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enferm Univ.* 2013;10(2):36–42
3. Mitjams M, Arias B. La genética de la depresión: ¿Qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Esp Psiquiatr.* 2012; 40(2):70- 83.
4. Lykouras L, Rossetos G. Depression in the Elderly. *Annals of General Psychiatry.* 2008; 7 :S17
5. Adams ML. Differences Between Younger and Older US Adults With Multiple Chronic Conditions. *Prev Chronic Dis.* 2017;14:E76. doi: 10.5888/pcd14.160613
6. Parodi López N, Villan Villan Y, Granados Menéndez M. Prescripción potencialmente inapropiada en mayores de 65 años en un centro de salud de atención primaria. *Aten Primaria.* 2014;46(6):290-7.
7. Carmona JH, Aguilar Cruz I, Parrilla Ruiz F. Un modelo de deprescripción prudente. *Med Clin (Barc).* 2015;144(8):362-69.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Def. Polifarmacia. Ginebra: OMS; 2013.
9. Schoevers R, Geerlings M, Deeg D, Holwerda T, Jonker C, Beekman A. Depression and excess mortality: evidence for a dose response relation in community living elderly. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009; 24(2):169-76.
10. Blazer DG. Depression in late life: Review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003;58(3):M249–65
11. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. ¿Tienen los médicos de atención primaria dificultades especiales para identificar la depresión en la vejez? Un meta análisis estratificado por edad. *Psicother Psychosom* 2010. 79:285–294.
12. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet.* 2005;365(9475):1961–70.
13. Wilkinson P, Ruane C, Tempest K. Depression in older adults. *BMJ.* 2018, pp. 363.

14. De los Santos PV, Carmona Valdés SE. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Poblac Salud Mesoam*. 2017; pp.95-119.
15. <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-194-08/ER.pdf>
16. Tani Y, Fujiwara T, Kondo N, Noma H, Sasaki Y, Kondo K. Childhood socioeconomic status and onset of depression among Japanese older adults: The JAGES prospective cohort study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016; 24 (9):717–26.
17. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Luppá M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS One*. . 2021;16(5): e0251326
18. Lampinen P, Heikkinen E. Reduced mobility and physical activity as predictors of depressive symptoms among community-dwelling older adults: an eight-year follow-up study. *Aging Clin Exp Res*. 2003;15(3):205–11.
19. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2003;160 (6) : 1147–56.
20. Guzmán Olea E. Frecuencia de sintomatología depresiva y tratamiento en adultos mayores con acceso a servicios de salud. *Horiz Sanit*. 2020;19 (3) :365–73.
21. Schaakxs R, Comijs HC, Lamers F, Kok RM, Beekman ATF, Penninx BWJH. Associations between age and the course of major depressive disorder: a 2-year longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry* 2018 ; 5 : 581 - 90. 10.1016/S2215-0366(18)30166-4 29887519
22. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10). Washington, D.C: OPS; 1995.
23. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.DSM-5®. Edición: 5ª. Editorial Médica Panamericana. 2014. 492 pp.
24. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose TL. Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontol*. 1982;1(1):37–43.

25. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982;17(1):37–49.
26. Shin C, Park MH, Lee S-H, Ko Y-H, Kim Y-K, Han K-M, et al. Usefulness of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) for classifying minor and major depressive disorders among community-dwelling elders. *J Affect Disord.* 2019;259:370–5.
27. Zhang Y, Hoozemans M, Pijnappels M, Bruijn SM. A formula for calculating 30-item Geriatric Depression Scale (GDS-30) scores from the 15-item version (GDS-15). *Exp Gerontol.* 2023;172(112077):112077.
28. Ștefan A. M., Băban A. The Romanian version of the geriatric depression scale: Reliability and validity. *Cognition, brain, behavior : an interdisciplinary journal*, 2017. 21(3), 175–187
29. Dow B., Lin X., Pachana N. A., Bryant C., LoGiudice D., Goh A., Haralambous B. Reliability, concurrent validity, and cultural adaptation of the geriatric depression scale and the geriatric anxiety inventory for detecting depression and anxiety symptoms among older Chinese immigrants: An Australian study. *International Psychogeriatrics*, 2018. 30 (5), 735–748
30. Acosta Quiroz CO, García-Flores R, Echeverría-Castro SB. The Geriatric Depression Scale (GDS-15): Validation in Mexico and disorder in the state of knowledge. *Int J Aging Hum Dev.* 2021;93(3):854–63.
31. Wiese BS. Geriatric depression: The use of antidepressants in the elderly. *BCM J.* 2011;53:341–7.
32. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.11>
33. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017; 17 (1)
34. Gallagher C, Nyfort-Hansen K, Rowett D, Wong CX, Middeldorp ME, Mahajan R, et al. Polypharmacy and health outcomes in atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Open Heart .* 2020;7(1): e001257

35. Ligia M, Gómez R. Frecuencia y factores asociados al empleo de polifarmacia en pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias. *Arch Med Urg Mex*. 2011;3:49-54.
36. Dimitrow M, Airaksinen MS, Kivela SL, Lyles A, Leikola SN. Comparison of prescribing criteria to evaluate the appropriateness of drugs treatment in individuals aged 65 and older: a systematic review. *J. Am geriatric Soc*. 2011;59:15421-15430.
37. García-Zenón T, López J, Roldán I, Almeida J, Villalobos J, d'Hyver C. Fármacos inapropiados en el anciano: una propuesta de clasificación. *Med Int Mex*. 2005;21:188-197
38. Leszek Spandel, Jadwiga Joško-Ochojska, Agnieszka Batko-Szwaczka. Polypharmacy as a risk factor for depressive symptoms in geriatric patients: an observational, cross-sectional study. *Ars Pharm*. 2016
39. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007;5(4):345–51.
40. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch Intern Med*. 1991;151(9):1825–32.
41. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2008;46:72–83.
42. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(4):674–94
43. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. *Age Ageing*. 2015; 44:213–8.
44. Lopez-Rodriguez JA, Rogero-Blanco E, Aza-Pascual-Salcedo M, López-Verde F, Pico-Soler V, Leiva-Fernandez F, et al. Potentially inappropriate prescriptions according to explicit and implicit criteria in patients with multimorbidity and

- polypharmacy. MULTIPAP: A cross-sectional study. PLoS One. 2020;15(8):e0237186.
45. http://www.asmi.es/arc/doc/promocion_de_la_salud_mental.pdf
 46. Instituto de Simetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx), consultado el 20 de octubre de 2023.
 47. Liu C-PB, Leung DS-Y, Chi I. Social functioning, polypharmacy and depression in older Chinese primary care patients. *Aging Ment Health*. 2011;15(6):732–41.
 48. Wiersema C, Oude Voshaar RC, van den Brink RHS, Wouters H, Verhaak P, Comijs HC, et al. Determinants and consequences of polypharmacy in patients with a depressive disorder in later life. *Acta Psychiatr Scand*. 2022;146(1):85–97.
 49. Wagner FA, Gallo JJ, Delva J. Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? *Salud Pública Mex* 1999;41:189–202.
 50. Tesar G. Should primary care physicians screen for depression?. *Clev Clin J Med* 2003;70:488–490
 51. Reyes S. Health status, in population ageing in the Mexican Institute of Social Security. Instituto Mexicano del Seguro Social y Fundación Mexicana para la Salud en México, 1er ed.; México D. F. 2001. pp 123–141.
 52. Copeland JRM, Beekman ATF, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*. 2004;3(1):45–9.

ANEXOS

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha de consulta: _____

1. Nombre del paciente: _____
2. Folio: _____
3. Edad: _____
4. Sexo: 1) Masculino: _____ 2) Femenino: _____
5. Estado civil: 1) Soltero _____ 2) Casado _____ 3) Viudo _____ 4) Separado _____
6. Escolaridad: 1) Analfabeta: _____ 2) Primaria: _____ 3) Secundaria: _____
4) Preparatoria: _____ 5) Licenciatura: _____
7. Comorbilidades:
 - 1) Hipertensión arterial: _____
 - 2) Diabetes Mellitus 2: _____
 - 3) Insuficiencia cardiaca crónica: _____
 - 4) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: _____
 - 5) Enfermedad renal crónica: _____
 - 6) Enfermedades infecciosas: _____
 - 7) Otras: _____
8. Número de fármacos: _____
9. Medicamentos:

Anti hipertensivos: _____

Anti diabéticos: _____

Analgésicos: _____

Benzodiacepinas: _____

Antidepresivos: _____

Otros: _____
10. Resultado GDS-15: _____

ANEXO 2.

Escala de Depresión Geriátrica (GDS- 15)

Nombre del paciente: _____

Folio: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con "Sí" o "No".

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

Puntuación: _____

Resultados:

Normal: 0 - 4 puntos.

Presencia de depresión: 5 o más puntos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Charo, Michoacán a _____ de _____ del 2024

Usted ha sido invitado a participar en el estudio de investigación titulado: “Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años con polifarmacia del HGR1 Charo”. El siguiente documento le proporciona información detallada sobre el mismo. Por favor léalo atentamente y en caso de tener dudas puede pedir que le expliquemos el proceso.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO

La depresión es una enfermedad muy común en los adultos mayores, esta presente hasta en un 46.9% de personas que toman más de 3 medicamentos. Se caracteriza por alteraciones en el ánimo, tristeza, llanto, culpabilidad, cansancio, falta de concentración, falta de sueño y apetito. Se ha visto que existe una relación muy importante entre la depresión y tomar muchos medicamentos, por lo que la detección de estas dos situaciones es importante para ofrecer un tratamiento adecuado. Nuestro estudio tiene como objetivo detectar la presencia de depresión durante la consulta para iniciar manejo farmacológico a tiempo o solicitar valoración por algún psicólogo o psiquiatra.

PROCEDIMIENTO

Durante el estudio se obtendrá información de su historial médico. En caso de cumplir con las características de este estudio, se le aplicará un cuestionario impreso de 15 preguntas, en un tiempo aproximado de 5 minutos durante su valoración. Los datos que se obtenga serán utilizados únicamente para este estudio y nunca para otro estudio. En caso de requerir su información para otro estudio se le comunicará y solicitará su permiso. La información que usted nos proporcione será anónima.

RIESGOS Y MOLESTIAS

Los posibles riesgos y molestias derivados de su participación en el estudio son los siguientes: La molestia que tuviera por las preguntas que se le realicen. Puede resultar agotador responder las preguntas de valoración.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

El investigador responsable se ha comprometido en darle la información sobre cualquier resultado o procedimiento alternativo adecuado que pudiera ayudarle en su estado de salud, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda sobre los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con su tratamiento.

PARTICIPACIÓN O RETIRO

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Es decir, que, si usted no quiere participar en el estudio, su decisión no afectará su relación con el IMSS ni su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que ya recibe. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS. Para los fines de esta investigación, sólo utilizaremos la información que usted nos ha brindado desde el momento en que aceptó 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) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados de sus pruebas clínicas, para garantizar su privacidad. Nadie más tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante el estudio, al menos que usted así lo desee. No se dará información que pudiera revelar su identidad. Siempre su identidad será protegida y ocultada, le asignaremos un número de folio para identificar sus datos y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.

BENEFICIOS AL TÉRMINO DEL ESTUDIO

La información que se obtenga permitirá conocer su estado de salud mental. En caso de encontrar depresión, se le ofrecerá el tratamiento y de ser necesario se solicitará valoración

por psiquiatría y/o psicología. También recibirá recomendaciones por parte del personal de salud para prevenir que tenga depresión.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse con:

- Dra. Miriam del Carmen Vargas Arévalo con adscripción a HGR1 Charo, Michoacán. Con correo electrónico miriam917@hotmail.com y teléfono: 4439459708
- Dra. Jazmin de los Angeles Sánchez Seba, médico residente de la especialidad de Geriatria del IMSS HGR NO.1, Charo, Michoacán. Con correo electrónico jazminsanchezseba@gmail.com y teléfono 5561026521
- Dr. Sergio Gutiérrez Castellanos, presidente del Comité de Ética en Investigación en Salud 16028, con sede en el Hospital General Regional No. 1, ubicado en Av. Bosque de los Olivos 101, La Goleta, Michoacán, C.P. 61301, al teléfono 4433222600 Ext. 15, correo sergio.gutierrez@imss.gob.mx
- Comité Nacional de Investigación Científica del IMSS (CNIC): al teléfono 5556276900 ext. 21230 correo comision.etica@imss.gob.mx ubicada en Avenida 37 Cuauhtémoc 330 cuarto piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, CP 067720.

DECLARACIÓN DE 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, todas mis preguntas han sido contestadas a satisfacción y se me ha dado una copia de este formato. Al firmar este documento estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

_____	_____
Nombre y firma del participante	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

DICTAMEN DE APROBACIÓN ANTE EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1602,
H. G. RAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 16 022 019

Registro CONICOÉTICA CONBIOÉTICA 16 CEI 002 2017033

FECHA Jueves, 08 de agosto de 2024

Doctor (a) Miriam del Carmen Vargas Arévalo

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años con polifarmacia del Hospital General Regional No. 1 Charo** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es: **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2024-1602-031

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

ATENTAMENTE


Doctor (a) **HELIOS EDUARDO VEGA GÓMEZ**
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1602

Imprimir



CARTA DE NO INCONVENIENTE



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OAO MICHOCÁN
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 1 CHARO, MICHOCÁN**

Morelia, Michoacán a 18 de abril de 2024

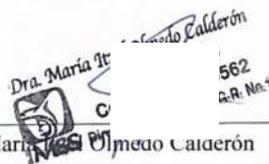
Oficio: Carta de No Inconveniente

Dra. Miriam del Carmen Vargas Arévalo
Investigador Clínico

Por medio de la presente, en respuesta a su petición por oficio, le hago de su conocimiento que la Dra. Miriam del Carmen Vargas Arévalo investigador clínico y la Dra. Jazmin de los Angeles Sanchez Seba, Médico Residente de Geriátría quienes están participando con el trabajo de tesis titulado "Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años con Polifarmacia del HGR1 Charo", tiene autorización para llevar a cabo dicho estudio de investigación en esta Unidad Médica.

Debo recordar que se debe respetar la confidencialidad de los datos de los pacientes.

Atentamente:

Dra. María Itzel Calderón

562
G.R. No. 1

Dra. María Itzel Calderón
Directora del Hospital General Regional No. 1 Charo

Avenida Bosques de los Olivos 101, La Goleta Municipio de Charo. CP 61301 Michoacán, México. Tel 443 3 10 99 50



Jazmín de los Ángeles Sánchez Seba

Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años con polifarmacia del Hospital General Regio

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:423289259

Fecha de entrega

24 ene 2025, 1:53 p.m. GMT-6

Fecha de descarga

24 ene 2025, 1:56 p.m. GMT-6

Nombre de archivo

Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años con polifarmacia del Hospital General....pdf

Tamaño de archivo

979.1 KB

66 Páginas

13,580 Palabras

75,660 Caracteres

47% Similitud general

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

Fuentes principales

- 46%  Fuentes de Internet
- 24%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
24 caracteres sospechosos en N.º de página
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

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.



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	Especialidad en Geriatria	
Título del trabajo	Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años con polifarmacia del Hospital General Regional No.1 de Charo	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Jazmin de los Angeles Sanchez Seba	jazminsar
Director	Miriam del Carmen Vargas Arevalo	miriam917@
Codirector	José Francisco Méndez Delgado	jose.mendez@imss.gob.mx
Coordinador del programa	José Luis Martínez Toledo	jose.toledo@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	SI	Grammarly
Traducción al español	NO	



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 a otra lengua	NO	
Revisión y corrección de estilo	NO	
Análisis de datos	NO	
Búsqueda y organización de información	NO	
Formateo de las referencias bibliográficas	NO	
Generación de contenido multimedia	NO	
Otro	NO	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Jazmin de los Angeles Sanchez Seba <i>Jazmin de los Angeles Sanchez Seba</i>
Lugar y fecha	Morelia Michoacán a 23 de enero 2025.