



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ**

**INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 46**



**Factores de riesgo asociados a la depresión  
en el adulto mayor en la Unidad Medico Familiar no. 46**

**T E S I S**

**Tesis para optar por el grado de:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**Alumno  
Dr. Carlos Alonso Ortigoza González**

**ASESORES:**

**Dr. Omar Fidel Loera  
Medico Familiar de la Unidad Medicina Familiar No 46**

**Dra. Lidia Isela Ordoñez Trujillo  
Medico Familiar de la Unidad Medicina Familiar No 46**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**



### **Dictamen de Aprobado**

**Comité Local de Investigación en Salud 805.**  
**U MED FAMILIAR NUM 33**

**Registro COFEPRIS 17 CI 08 019 026**  
**Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 08 CEI 003 2018072**

**FECHA Miércoles, 17 de noviembre de 2021**

**M.E. OMAR FIDEL XXX LOERA**

**P R E S E N T E**

**Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor en la Unidad Medico Familiar # 46. 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-2021-805-059**

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

**ATENTAMENTE**

**Dr. Jorge Alberto Granados Chávez**  
**Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 805**

Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor en la Unidad Medico Familiar no. 46

Carlos Alonso Ortigoza González

**Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos**  
**Coordinador de Planeación y Enlace Institucional**  
**Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud**  
**Delegación Chihuahua**

---

**Vo.Bo.**

**Dra. Lidia Isela Ordoñez Trujillo**  
**Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud**  
**Unidad de Medicina Familiar No. 46**

---

**Vo.Bo.**

**Dra. Adriana Patricia Montaña Delgado**  
**Profesor titular del curso de Medicina Familiar**  
**Unidad de Medicina Familiar No. 46**

---

**Vo.Bo.**

Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor en la Unidad Medico Familiar no. 46

Carlos Alonso Ortigoza González

**ASESOR**

**Dr. Omar Fidel Loera**

**Médico especialista en medicina familiar UMF No 46**

---

**Vo.Bo.**

**ASESOR METODOLÓGICO**

**Dra. Lidia Isela Ordoñez Trujillo**

**Médico especialista en medicina familiar UMF No 46**

---

**Vo.Bo.**

Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor en la Unidad  
Médico Familiar no. 46

Carlos Alonso Ortigoza González

**M.C. Jorge Ignacio Camargo Nassar**  
**Jefe del Departamento de Ciencias de la Salud**  
**Universidad Autónoma de Ciudad Juárez**

---

**Vo.Bo.**

**C.D. Salvador David Nava Martínez**  
**Director del Instituto de Ciencias Biomédicas**  
**Universidad Autónoma de Ciudad Juárez**

---

**Vo.Bo.**

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres Lorena y Carlos

Al ser mi brazo derecho y ese apoyo anímico  
que nunca que me faltó en estos 3 años de estudio.

A mis hermanos Ale y Cesar, por hacerme poner los pies en la tierra.

A mis amigos que siempre estuvieron al pendiente, ya sea por un café, una charla,  
una copa, un tabaco, o dedicarme minutos de su tiempo: Gaby Pérez, Karla Real,  
Ericka Arriaga, Enrique Hernández y Daniel Vázquez.

A los que me ayudaron en la residencia: Roberto, Othon, Juanjo, Paty Flores, y  
mis VL (Adamit, Cristal, Uriel, Chava, Gabo, David Jones).

## DEDICATORIA

A  
mi hija  
Mariana  
mi motor de vida  
mi razón de ser y mis ojos.

Mi todo.

# Índice

Resumen.....	8
Introducción.....	9
Epidemiología.....	16
Justificación.....	20
Planteamiento del Problema.....	21
Pregunta de investigación .....	22
Objetivo General.....	22
Objetivos Específicos.....	22
Hipótesis.....	23
Hipótesis alterna y nula.....	23
Metodología.....	24
Diseño del estudio.....	24
Población de estudio.....	24
Criterios para selección.....	24
Variables.....	;25
Tamaño de la muestra.....	28
Metodología operacional.....	28
Análisis Estadísticos.....	29
Consideraciones éticas.....	30
Resultados.....	31
Discusión.....	33
Conclusión.....	35
Bibliografía.....	36
Anexos.....	40
Tablas de frecuencia y porcentajes.....	40
Gráfico de barras .....	47
Cédula de recolección de datos.....	51
Instrumentos.....	52
Carta de consentimiento.....	53

## Resumen

### **FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 46.**

**Investigador:** Carlos Alonso Ortigoza-González **Asesor:** Omar Fidel Loera

**Introducción:** La depresión geriátrica es un desorden multifactorial causado por la combinación de factores genéticos, biológicos, psicosociales. La prevalencia de la depresión entre las comunidades de adultos de 65 años o más, se estima que sea entre 5 y 10%, y está proyectada a ser la segunda causa de enfermedad en esta población para el año 2020. La esperanza de vida estimada para el 2045 espera elevarse a 83 años, por lo cual significaría una presión en la economía mundial por el incremento en las enfermedades relacionadas con la edad y un incremento necesario para el cuidado de la salud, y sus costos asociados. Por lo cual se ha convertido en un problema de salud pública. **Objetivo:** Identificar el factor de riesgo de mayor impacto para la depresión en los adultos mayores. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal, en la consulta externa de la UMF 46, a los adultos mayores derechohabientes del servicio, donde se evaluaron diferentes factores de riesgo y su relación con la depresión en adultos mayores mediante la escala de Yesavage y Brink (GDS 15). El tamaño de la muestra fue de 147 pacientes con muestreo conglomerado seleccionado. Los datos obtenidos se concentraron y analizaron mediante el programa SPSS y mediante el estadístico Chi-cuadrada se determinó la dependencia entre las variables. Se obtuvieron estadísticas descriptivas, frecuencia y porcentajes. **Resultados:** El valor de significancia asintótica según el valor Pearson fueron Sexo (0.001), estado civil (0.002), actividad física (0.000), polifarmacia (0.008), satisfacción económica (0.000), abandono familiar (0.000), discapacidad física (0.401), cardiopatía isquémica (0.419). Sin depresión en un 68%, Depresión leve en 15% y Depresión establecida 17%. **Conclusiones:** La falta de actividad física, se considera el principal factor para la depresión en el adulto mayor por la relevancia estadística y el número de pacientes que lo presentaron. **Palabras clave:** *depresión, adulto mayor, factores de riesgo.*

## Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la salud y el bienestar durante toda la vida. Este principio se extiende e incluye la calidad de vida de los adultos mayores (referidos a aquellos que superan los 60 años de edad). A tal fin la OMS, en su segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (celebrada en el año 2002) acordó prestar especial atención a la reducción de los factores de riesgo de la ocurrencia de enfermedades no transmisibles y la declinación funcional a medida que el sujeto envejece. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha reconocido que la salud del adulto mayor es uno de los retos más formidables de la salud pública en este siglo XXI. <sup>(1)</sup>

En México, la atención del anciano era un aspecto fundamental de la dinámica familiar, así como de las redes sociales de apoyo, lo cual garantizaba una mejor calidad de vida. En la sociedad moderna-individualista y competitiva, se valora más la juventud y a la condición física, lo que, de manera indirecta, debilita las redes sociales de apoyo a los adultos mayores que, poco a poco, van perdiendo su lugar protagónico en la familia. Esto da como resultado que la vejez no sea satisfactoria y que su estado emocional influya negativamente en su adaptación al proceso de envejecimiento y lo manifieste con apatía, aislamiento, depresión, sentimientos de soledad y desesperanza, sintiéndose una carga o estorbo para sus familiares. <sup>(2)</sup>

La vejez es un periodo crítico de la vida, que conlleva una serie de situaciones conflictivas, como la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, las enfermedades crónicas, la proximidad de la muerte, entre otras, y a todo ello se le suman otros eventos negativos que ocurren casi inevitablemente. Estas circunstancias críticas producirán en los adultos mayores reacciones afectivas negativas, como la depresión. Además, es importante añadir que el anciano tiende a no pedir ayuda especializada en centros de salud mental. El diagnóstico correcto de los problemas emocionales del anciano deprimido se convierte, por tanto, en una cuestión de extraordinaria importancia. <sup>(3)</sup>

La evaluación de la salud mental en los adultos mayores ha presentado desde hace muchos años deficiencias. Los conocimientos actuales reposan esencialmente sobre estudios epidemiológicos transversales que muestran una fuerte prevalencia de trastornos psíquicos, en particular de trastornos depresivos. <sup>(4)</sup>

Es importante mencionar que la depresión del anciano difiere en varios aspectos de la que ocurre en sujetos más jóvenes. La tristeza es uno de los síntomas menos comunes, en cambio, la somatización, irritabilidad, insomnio, abatimiento funcional y alteraciones cognoscitivas son más frecuentes. La presentación atípica del trastorno depresivo es común en el adulto mayor siendo frecuentemente subdiagnosticada y/o subtratada, esto se debe al estigma asociado a la depresión y la creencia de que esta es parte normal del envejecimiento. <sup>(5)</sup>

La depresión se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad así como la calidad de vida de los ancianos que la padecen, para el médico familiar el diagnóstico, tratamiento y en especial la prevención de la depresión nos parece que es de capital importancia en este trabajo se presentan elementos esenciales para el manejo de esta enfermedad a través de una revisión bibliográfica dirigida a las necesidades que se presentan en el primer nivel de atención. <sup>(6)</sup>

La Sociedad Americana de Psiquiatría define a la depresión como: condición en la cual una persona se siente desanimado, triste, sin esperanza, sin motivación, o desinteresado en la vida en general. Cuando estos sentimientos duran un corto periodo de tiempo, pero cuando estos sentimientos duran más de dos semanas y cuando los sentimientos interfieren con las actividades diarias, tales como el cuidado de la familia, pasar tiempo con amigos, ir a trabajar, ir a la escuela, lo más probable es que sea un episodio depresivo mayor. <sup>(7)</sup>

En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad. <sup>(5)</sup>

Estudiosos sobre el tema, puntualizan que la depresión en la vejez es una enfermedad que probablemente sea la principal causa de sufrimiento en la persona

adulta mayor y con la que se relaciona de manera indirecta a la disminución de su calidad de vida. También asocian la depresión en la vejez al cumulo de pérdidas que enfrentan las personas conforme van envejeciendo, tales como pérdidas biológicas, físicas, funcionales, cognitivas, económicas, sociales y emocionales. <sup>(8)</sup>

La depresión geriátrica, es un desorden multifactorial que es causado por una combinación de factores (genéticos, biológicos, psicosociales) los cuales contribuyen a la ocurrencia del desorden en varios grados. La depresión es caracterizada por un grupo de signos y síntomas clínicos. La frecuencia, intensidad y la duración de los síntomas clínicos pueden variar entre los mayores. Estos síntomas suelen manifestar ambas funciones corporales y mentales. La depresión es más común en personas por encima de los 65 años comparado con otros cambios emocionales. Esta argumentado que se acompaña por un alto rango de mortalidad y comorbilidad patológica. <sup>(9)</sup>

Además de la dimensión “posición social desfavorable” para explicar los síntomas depresivos, destacamos otros factores que también han sido resaltados en diferentes artículos como factores de riesgo de la depresión en los adultos mayores; así, diversas variables relacionadas con la soledad y con el mayor o menor capital social, el estado civil, el apoyo social, y la vida en solitario están altamente correlacionadas con la depresión en la vejez. Sin embargo, ahora también debemos tener en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres a la hora de analizar los factores antedichos como determinantes de la depresión, ya que en algunos estudios se observan variaciones sustanciales en la influencia de, por ejemplo, el estado civil y las redes sociales en la depresión entre varones y féminas adultos mayores. <sup>(10)</sup>

Los factores de riesgo para la depresión en el adulto mayor incluyen los siguientes: sexo femenino, aislamiento social, viudez, divorcio o estado de separación marital, enfermedades medicas asociadas, enfermedades medica incapacitante reciente, polifarmacia, nivel socioeconómico bajo, dolor crónico, trastornos del sueño (insomnio), abatimiento funcional, duelo económico o familiar. Deterioro cognoscitivo, institucionalización, dependencia a alcohol, benzodiazepinas, etc. <sup>(5)</sup>

La prevalencia de la depresión entre las comunidades de adultos de 65 años o más, se estima que sea entre 5 y 10%, y está proyectada a ser la segunda causa de enfermedad en esta población para el año 2020. Los factores de riesgo en la depresión tales como enfermedades crónicas, discapacidad, ausencia de apoyo social, y estatus socio-económicos, han sido bien documentados. Varios estudios han documentado los factores de riesgo para la depresión en adultos mayores, y algunos han examinado el impacto de la depresión en los costos de salud. <sup>(11)</sup>

Dado que el deterioro del estado nutricional en el anciano está relacionado con una habitual polifarmacia, a una situación socioeconómica poco favorecida y a pérdida de sus capacidades funcionales; el envejecimiento puede significar para el adulto mayor disminución de la calidad de vida por la aparición y/o mantenimiento de enfermedades crónicas e incapacitantes. En un estudio realizado por Pérez Cruz y Cols (2014), se determinó en una población de 114 adultos mayores una prevalencia de 72.2% en desnutrición moderada o riesgo de desnutrición, y 11.3% con desnutrición severa, es decir, el 83.5% del total de la población cursa con riesgo o con algún grado de desnutrición, realzando la asociación que existe entre desnutrición y depresión en el paciente geriátrico. <sup>(12)</sup>

Slone et al. (2006) demostraron que existe una alta relación entre la depresión y el ser viudo, soltero o divorciado, y que, además, existe un mayor deterioro cognitivo en aquellas personas que presentan algún tipo de dependencia funcional. <sup>(13)</sup>

En la depresión, la evidencia empírica da cuenta de la discapacidad que genera, que es mayor que la de otras enfermedades crónicas como diabetes o hipertensión arterial. Además, está considerada como una de las causas de años saludables de vida perdidos. Por otro lado, la depresión en comorbilidad con una enfermedad física exacerba el dolor e interfiere con la adherencia al tratamiento. <sup>(14)</sup>

El origen de la sintomatología depresiva puede derivar de la deficiencia de neurotransmisores, factores biológicos, pérdidas en general o por el tipo de personalidad. <sup>(13)</sup>

Existen varios factores anatómicos que tratan de explicar la depresión, entre ellos el tamaño diferente de Hipocampo, parahipocampo, amígdala y corteza prefrontal. También se ha postulado, a neuronas con alteración de su metabolismo y tamaño, acción de las monoaminas y otros neurotransmisores, vulnerabilidad genética, estrés, e inflamación. La etiología vascular parece relacionarse con la depresión tardía. <sup>(15)</sup>

La identificación de los circuitos neuronales y sus mecanismos moleculares son fundamentales para comprender la fisiopatología del trastorno depresivo. En este sentido, se han realizado estudios genéticos en humanos y en modelos de roedores con el fin de identificar los circuitos cerebrales involucrados en este trastorno mental. En el ser humano, el control de las emociones está regulado por el sistema límbico, el cual desencadena respuestas autónomas, endocrinas y del comportamiento ante los retos que comprometen la homeostasis, la supervivencia y la reproducción de un organismo, garantizando que éstos sean almacenados en la memoria para ser recordados durante eventos futuros. El funcionamiento del sistema límbico está regulado por diversas vías nerviosas que liberan transmisores químicos como la noradrenalina (NA), dopamina (DA), la serotonina (5-HT) y la acetilcolina (ACh), entre otros, los cuales interactúan de una manera compleja para dar origen tanto a las emociones placenteras como a las desagradables. Debido a esto ha sido denominado el “cerebro emocional” <sup>(16)</sup>

En algunos estudios, se ha verificado que la depresión geriátrica presenta un incremento de más del 50% en los Trastornos Neurocognitivos cuando es evaluada en muestras clínicas, y casi un 40% en muestras comunitarias. Estas cifras son importantes dado que la depresión afecta el funcionamiento neuropsicológico de los adultos mayores, potenciando las pérdidas de memoria y estas, a su vez, pueden estar asociadas con algunas dificultades de orientación, de aprendizaje y de reconocimiento, entre otros aspectos; así mismo puede menoscabar severamente las capacidades del enfermo para ejecutar sus actividades básicas cotidianas, disminuir su calidad de vida y su bienestar, así como el del cuidador. <sup>(17)</sup>

Los adultos mayores con diabetes son 1.5 veces más propensos a tener depresión, comparado con los pacientes sin diabetes. Los factores incluyen control glicémico, hábitos alimenticios y adherencia al ejercicio. <sup>(18)</sup>

La prevalencia de los pacientes en depresión con enfermedades cardiovasculares, es el doble que el de la población general. <sup>(19)</sup>

Existen evidencias de la utilidad de encuestas en la detección oportuna de la población con riesgo de presentar depresión, así como para evaluar los posibles riesgos asociados. En los adultos mayores la escala más adecuada es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Brink, ya que brinda una sensibilidad de 85% y una especificidad de 95%. Es la única construida específicamente para adultos mayores: ninguno de los 15 ítems que incluye son somáticos y evita la confusión con síntomas propios de personas de mayor edad. <sup>(20)</sup>

Los antidepresivos son los tratamientos más frecuentemente usados y muestran una eficacia en la población general comparado al placebo, sin embargo, siempre hay varios componentes que hacen diferir en la eficacia y los efectos colaterales, y saber cuál es el mejor antidepresivo para los adultos mayores aun no es claro. Además de los antidepresivos existen otras opciones farmacológicas para el tratamiento de los desórdenes depresivos mayores, por ejemplo, ciertos antipsicóticos, o benzodiazepinas las cuales tienen un potencial antidepresivo. <sup>(21)</sup>

Muchos pacientes ancianos tienen respuestas insatisfactorias a los antidepresivos, incluyendo efectos colaterales problemáticos y el riesgo de las interacciones farmacológicas. En los adultos en edad laboral, con depresión de media a moderada, el tratamiento psicológico es efectivo, sin embargo, en los adultos mayores la depresión puede diferir en términos de características biológicas, psicológicas y sociales. Las condiciones médicas generales, la deficiencia cognitiva, y otras deficiencias asociadas con la tercera edad, puede disminuir la aplicabilidad de algunos tratamientos psicológicos. <sup>(22)</sup>

La actividad física y el ejercicio son sugeridos como potenciales tratamientos para la depresión, e incorporados en guías como una forma complementaria para la enfermedad de severidad leve a moderada. <sup>(23)</sup>

## Epidemiología

En 2014, a nivel mundial había 85 hombres por cada 100 mujeres en el grupo de personas mayores de 60 años, y 61 hombres por cada 100 mujeres en el grupo de mayores de 80 años. En términos mundiales, el 40.0% de la población mayor de 60 años vive solo o en compañía de su pareja, lo cual es más común en las regiones más desarrolladas, donde unas tres cuartas partes de las personas mayores viven de este modo; en las regiones menos desarrolladas es la cuarta parte y la octava parte en los países menos adelantados. Como lo muestran las proyecciones hacia el año 2050, a medida que la población siga envejeciendo, muchos países tendrán que adaptar sus políticas y los niveles de prestación de servicios para cubrir las demandas de una población con una proporción de ancianos cada vez mayor. <sup>(24)</sup>

Los rangos de prevalencia pueden variar por la edad, alcanzando un pico en la adultez mayor (por encima de 7.5% entre mujeres con edades de 55 a 74 años, y sobre el 5.5% de hombres). El número total de personas viviendo con depresión en el mundo es de 322 millones. Cerca de la mitad de personas con este padecimiento viven en la región del sureste de Asia y la región del Oeste del Pacífico, reflejando a las poblaciones relativamente más grandes de estas dos regiones (las cuales incluyen a la India y a China, por ejemplo). El número total estimado de personas viviendo con depresión se incrementó en un 18.4% entre el 2005 y el 2015; esto refleja el crecimiento general de la población global, así como un incremento proporcional en los grupos de edad al cual la depresión es más prevalente. <sup>(25)</sup>

Por ejemplo, la esperanza de vida promedio estimada para 2010 – 2015 era 78 años en países desarrollados, y esta figura espera elevarse a 83 años para el 2045 – 2050. Tal incremento en la longevidad, puede poner una presión significativa en la

economía mundial debido a un incremento en las enfermedades relacionadas con la edad y un incremento necesario para el cuidado de la salud, y sus costos asociados. En el 2015 un reporte publicado por las Naciones Unidas, el número de personas con edad arriba de 60, ascendió a 12% de la población global, y se espera que sea casi el doble, alcanzando el 22% para el 2050. El porcentaje global de personas con 80 años o más, fue de 1.7% y está proyectado para casi el triple a 4.5% para el 2050. Se estima que aumentará a 40% los adultos mayores viviendo con depresión en casas hogar de cuidados, y a menudo se mantendrá sin detectar. Se estima que se elevara a 60% los adultos mayores que presentado un derrame cerebral, puedan experimentar depresión, así como a 40% aquellos con enfermedad coronaria, cáncer, enfermedad de Parkinson y Alzheimer. <sup>(26)</sup>

Los desórdenes depresivos mayores son problemas de muy alta prevalencia y serio desestabilizador de la salud pública a nivel mundial. Se estima que para el 2020 será la segunda causa más común de enfermedad debilitante, solo por detrás de la enfermedad cardiovascular. <sup>(27)</sup>

Se estima que la incidencia de casos nuevos por año es de aproximadamente 15%. En Latinoamérica los datos de prevalencia en el adulto mayor también son variados. En Brasil la prevalencia de depresión es aproximadamente del 5.8% al 17% de la población. En México, varía entre 26 y 66%; un estudio en población marginal reporto depresión de 60%. <sup>(15, 19)</sup>

La depresión se ha convertido en un asunto de interés general, así como un problema de salud pública, basándonos en el reconocimiento de la prevalencia y del impacto que tiene sobre la sociedad, así como la disponibilidad de alternativas efectivas para su tratamiento. Sin embargo, a pesar de la efectividad de las intervenciones disponibles, la depresión continúa siendo subtratada en México, y el acceso a la atención tiene un retraso muy importante. <sup>(28)</sup>

Los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del año 2005, muestran que, 8.8% de los mexicanos ha presentado, por lo menos, un cuadro depresivo en algún momento de su vida y, 4.8%, lo presentó en el transcurso del

año previo a la encuesta, lo que da como resultado una elevada utilización de los servicios de salud y un descenso de la productividad laboral. <sup>(16)</sup>

En México, la Secretaria de Salud refirió que, en el 2009 durante el informe de las instituciones públicas, se realizaron más de doscientos nueve mil millones de consultas externas generales y, sin embargo, solamente el 1% de dicha población fue atendida por motivos de salud mental. Por lo tanto, estos datos suponen que en el primer nivel de atención se siguen subdiagnosticando los padecimientos mentales. Además, se reporta que 28.6% de la población mexicana presento alguno de los 23 trastornos mentales de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), siendo los más prevalentes los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos del estado de ánimo. <sup>(14)</sup>

Al igual que otros países, en México el costo que ocasionan los trastornos mentales al sistema de salud es muy alto, a pesar de diferencias en los métodos de costeo y de los sistemas de salud. Por ejemplo, en Francia se estimó que el costo del tratamiento anual de trastornos mentales fue de 14.3 billones de dólares americanos. En Suiza el costo anual-paciente con depresión leve, moderada y grave asciende a USD 12,787.00, USD 24,508.00 y USD 36,230.00 respectivamente. En Colombia se evaluaron costos directos de hospitalización para depresión en USD 705.00 y el costo promedio de tratamiento diario es de USD 62.00, considerando casos de depresión severa y moderada que requieren manejo intrahospitalario. Independientemente de las diferencias en los costos promedio por país, lo que se observa de manera general, al igual que en México, es que se ha incrementado de manera constante la demanda en la utilización de los servicios sanitarios a causa de trastornos depresivos, y por consecuente, los costos atribuibles a salud mental. <sup>(29)</sup>

Barry y cols en el 2012, menciona estar de acuerdo con Bower y cols en el 2006, en que los elementos clave del modelo de cuidado en colaboración fueran un problema bien definido, en el que todas las personas del sistema de salud que tomaran parte en el cuidado de una persona depresiva lo conozcan. Nuevos modelos para la

colaboración son necesarios, las guías para un adecuado servicio a los adultos mayores con depresión deben ser aplicados por todo equipo de salud. <sup>(30)</sup>

## Justificación

El propósito de este estudio es determinar cuál es el factor de riesgo predominante en la población mayor a 65 años que padece depresión, para poder realizar acciones enfocadas a esos factores y que puedan prevenir el constante aumento de la prevalencia, a nivel local y nacional.

El tratamiento de estos padecimientos le cuesta al país \$2'586 millones de pesos al año, aproximadamente el 2.2% de todo el presupuesto para salud pública (cifras actualizadas al año 2017), sin embargo, con el aumento proyectado de la prevalencia a nivel mundial, estas cifras aumentarán, motivo por el cual es importante hacer énfasis en la prevención de la misma, mejorando la calidad de vida de los pacientes de la tercera edad, y lograr un impacto mediático con menor cantidad de medicamentos destinados al tratamiento (prolongado en la mayoría de los casos).

## Planteamiento del problema

La depresión es una enfermedad con aumento exponencial a nivel mundial. Cada vez más son las personas que por los diferentes estilos de vida, la enajenación a preservar los viejos valores y costumbres de mantener a la familia unida, la distracción causada por los diferentes medios, así como las redes sociales y demás, solamente exponen lo que vienen siendo una tendencia a nivel global: la gente no cumple sus expectativas personales, profesionales o marcadas por la sociedad en general, lo cual deriva en depresión. Dicho problema esta ramificado por diferentes causas. En los adultos de la tercera edad, son varios los puntos a tratar respecto a que es lo que los deprime.

A nivel nacional, se plantean acciones para favorecer la calidad de vida de los mayores de 65 años, con el aumento de la pensión mensual, así como descuentos con su tarjeta de la tercera edad. Sin embargo, eso solo cubre una pequeña parte de lo que puede surgir como factor de riesgo hacia la depresión, y me refiero a la situación económica o monetaria de la persona que, por la edad, independientemente de sus capacidades físicas, suele no contar con un sueldo apropiado para cumplir las expectativas que aumenten su calidad de vida

A nivel local, se realizan talleres de actividades (por ejemplo, como repujado o pintura), lo cual hace que exista participación e interacción de varias personas, sin embargo, el costo de realizar dichas actividades (por lo que respecta a material) no es accesible para la mayoría de adultos mayores que, como ya había mencionado anteriormente, no cuentan con el insumo para darse el “lujo” de utilizar sus recursos para actividades recreativas.

En la Unidad Médica Familiar 46, contamos con un grupo amplio de personas de la tercera edad, y dentro de las acciones son actividades de reactivación física, pero solo en pequeños grupos, por lo cual la gran mayoría se priva de realizar dichas actividades. Por lo tanto, considero de suma importancia el hacer inclusivo a la mayoría de personas con acciones enfocadas a atacar el factor o factores de riesgo más importantes que desencadenen un proceso depresivo. Lo cual mejorara la calidad de vida de nuestros adultos mayores.

## Pregunta de investigación

¿Cuál es el factor de riesgo de mayor significancia estadística en la prevención de la depresión del adulto mayor?

## Objetivo general

Identificar el factor de riesgo de mayor impacto estadísticamente significativo en la depresión de los adultos mayores, en la Unidad Medico Familiar # 46 en Cd Juárez, Chihuahua.

## Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de la falta de actividad física en el adulto mayor como factor de depresión
- Indicar la prevalencia de la polifarmacia en el adulto mayor como factor de depresión
- Señalar la prevalencia del estado socioeconómico del adulto mayor como factor de depresión
- Definir la prevalencia de discapacidad en el adulto mayor como factor de depresión
- Citar la prevalencia de abandono familiar en el adulto mayor como factor de depresión
- Describir la prevalencia de cardiopatía isquémica en el adulto mayor como factor de depresión
- Distinguir el valor de Pearson mediante el estadístico Chi-cuadrado, entre las prevalencias indicadas de los factores de riesgo para la depresión en el adulto mayor
- Comparar los resultados, para explicar el impacto estadísticamente significativo sobresaliente para futuras acciones preventivas en la depresión del adulto mayor

## Hipótesis

### Hipótesis Alterna

Existe un factor de riesgo de mayor impacto, estadísticamente significativo, respecto al resto de los factores de riesgo, asociado a la depresión en el adulto mayor.

### Hipótesis Nula

No existe un factor de riesgo de mayor impacto, estadísticamente significativo, respecto al resto de factores de riesgo que se asocia a la depresión en el adulto mayor.

## Metodología

### **Diseño del estudio:**

Estudio analítico, transversal, prospectivo

### **Población de estudio**

#### **Persona**

Pacientes mayores de 65 años

#### **Lugar**

Unidad de Medicina Familiar No 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Ciudad Juárez, Chihuahua

#### **Tiempo**

01 de Noviembre del 2021 al 30 de Noviembre del 2021

### **Criterios para selección**

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes de ambos sexos, mayores a 65 años
- Pacientes derechohabientes
- Pacientes que deseen participar en la encuesta
- Pacientes que puedan responder a la encuesta o se encuentren auxiliados por un familiar

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes que no deseen participar en la encuesta
- Pacientes incapaces de responder a la encuesta y que no se encuentren acompañados

#### **Criterios de Eliminación**

- Encuestas incompletas

## Variables

### Variables universales

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Indicador
<b>Sexo</b>	Cualitativa	Condición orgánica que distingue a los varones de las mujeres	Sexo del paciente	Nominal	Hombre; Mujer
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa	Situación de las personas determinada por sus relaciones de pareja que establecen derechos y deberes	Estatus marital en el que se encuentra el sujeto: Soltero, casado, unión libre, viudo o divorciado.	Nominal	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre

### Variables Independientes

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Indicador
<b>Falta de actividad física</b>	Cualitativa	No realizar actividad que genere movimiento muscular y exija gasto de energía	No cumplir con 150 minutos de actividad física moderada a la semana.	Nominal	Cumple con 150 min de actividad física a la semana; No cumple con 150 min de actividad

					física a la semana
<b>Polifarmacia</b>	Cualitativa	Utilización simultanea de 4 o más fármacos	Que tomen 4 o más medicamentos prescritos en cada consulta mensual.	Nominal	Sin Polifarmacia; Con Polifarmacia
<b>Estatus socio - económico adecuado</b>	Cualitativa	Posición ocupada por una persona en una sociedad o grupo social determinado por ingreso económico y nivel académico	Para fines del estudio, que los individuos del estudio se encuentren en satisfacción a la percepción económica y estatus social que ocupan	Nominal	Sin satisfacción socio – económica; Con satisfacción socio – económica.
<b>Abandono Familiar</b>	Cualitativa	Dejar de cumplir los deberes de asistencia inherentes a la tutela, guarda o acogimiento familiar	Individuos con falta de atención, cuidado, cariño y/o relegado del seno familiar	Nominal	Sin abandono; Con abandono
<b>Discapacidad Física</b>	Cualitativa	Perdida o anormalidad permanente o temporal, de una estructura o función fisiológica o anatómica	Perdida o limitación de una persona para moverse, caminar, mantener algunas posturas de todo el cuerpo	Nominal	Sin discapacidad; Con discapacidad

			o de una parte del mismo		
<b>Cardiopatía isquémica</b>	Cualitativa	Disminución del aporte de oxígeno al miocardio por afectación del flujo de sangre de una o más arterias coronarias	Pacientes que hayan presentado al menos un episodio de Infarto Agudo al Miocardio	Nominal	Sin infarto agudo al miocardio; Con 1 o más episodios de infarto agudo al miocardio.

### Variables dependientes

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Indicador
<b>Depresión</b>	Cualitativa	Trastorno mental caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer. Culpabilidad y/o baja autoestima	Pacientes que se clasifiquen con Depresión según la escala de Yesavage y Brink 15:  De 0 a 4: normal, sin depresión. Con síntomas depresivos: 5-8: leve 9-11: moderado 12-15: grave	Nominal	Sin depresión; Con depresión.

## Tamaño de la muestra

La muestra se obtendrá con un intervalo de confianza del 95%, una precisión de error de un 5%, con una proporción del 9%.

Se obtiene de la siguiente formula

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2}$$

Donde

n= es el tamaño de la muestra

Z<sup>2</sup>= 1.96

p= 0.9

q= 0.95

e= 0.05

Por lo tanto, se obtiene un tamaño de muestra de 125 adultos mayores, a lo cual aumentaremos en un 15% para prever las pérdidas, dando como resultado 147 adultos mayores a encuestar.

### **Tipo de muestreo**

Por conglomerado seleccionado

### **Metodología operacional:**

Se realizarán encuestas a todo adulto mayor que cumpla con los criterios de inclusión ya descritos, utilizando la escala de Yesavage y Brink de 15 elementos (previo consentimiento informado), y una cedula de recolección de datos para complementar la encuesta. Dichas encuestas se realizarán en la sala de espera de la unidad de medicina familiar #46.

## Análisis estadísticos

Al haber obtenido la información de las encuestas realizadas, se procederá a recolectar la información en el programa IBM SPSS Versión 25 para el análisis estadístico, y se utilizará el programa EXCEL para las gráficas correspondientes. El puntaje se obtendrá de la escala Yesavage y Brink de 15 elementos, y se procederá a obtener estadísticas descriptivas tales como: tablas de una vía, gráficos de pasteles, gráfico de barras, para explicar el comportamiento de las variables.

Para el análisis final se realizarán cruces de variables representadas en tablas de dos vías, aplicando un estadístico Chi – cuadrada para determinar la dependencia en las variables.

## Consideraciones éticas

Los aspectos éticos que a continuación se enuncian se derivan de la Declaración de Helsinki y tomando como base el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos (1987) la presente investigación es realizada con estricto apego a los requisitos de:

Titulo Segundo. Capítulo I

Artículo No.13: La investigación se realizará respetando la dignidad, la protección y bienestar de los derechos humanos de los participantes.

Artículo No. 16: Se respeta la integridad del paciente.

Artículo No. 17:

- Fracción II: Riesgo mínimo.
- Fracción VII: Se contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación y Ética de la institución donde se registrará el estudio.
- Fracción VIII: Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución participante.

Artículo No. 18: Se suspenderá la investigación inmediatamente en caso de advertir algún riesgo o en caso de que el paciente así lo notifique.

Artículo No. 21:

- Fracción VII, VIII: El participante tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, contará con la seguridad de que no se identificará al participante y que se mantendrá la confidencialidad de la información que proporcione.

Artículo No. 22: El consentimiento informado será formulado por escrito, y verbal con información y decidirá de manera libre a participar.

El presente estudio representa un riesgo mínimo para los pacientes que participarán en dicha encuesta, al ser un cuestionario psicológico para determinar una escala y no implica alteración física en el paciente. Nos apegamos al artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud en su fracción II.

Para el presente estudio se tomaron en cuenta la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964) revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial (Venecia, 1983) y la 41ª Asamblea Médica Mundial (Hong Kong, 1989).

## Resultados

Mediante encuestas realizadas en la Unidad Medico Familiar #46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, se obtuvieron los datos de 147 pacientes adultos mayores.

El porcentaje de encuestados del sexo femenino fue de 69.4% (102 pacientes), y el de sexo masculino de 30.6% (45 pacientes). En cuanto al estado civil, el porcentaje de pacientes casados corresponde al 51.7% (76 pacientes), el de viudo en 34% (18 pacientes), el de soltero en 12.2% (18 pacientes), y el de Divorciado en 2% (3 pacientes). Para el rubro de actividad física, tuvimos que el 55.1% (81 pacientes) no realizan actividad física, mientras que el 44.9% (66 pacientes) si lo hacen. En la ingesta de medicamentos, los resultados reportan que el 62.6% (92 pacientes) consumen al menos 4 medicamentos o más diariamente (polifarmacia), mientras que el 37.4% (55 pacientes) no presentan polifarmacia. En cuanto a satisfacción económica el 93.9% (138 pacientes) refirieron encontrarse con satisfacción económica, en contraparte con el 6.1% (9 pacientes) mencionaron no encontrarse satisfechos económicamente. Para el rubro familiar, el 93.9% (138 pacientes) no se encuentran en abandono, mientras que el 6.1% (9 pacientes), si mencionaron encontrarse en abandono familiar. Para la discapacidad física, el 78.2% (115 pacientes) se encontraron sin discapacidad física, y un 21.8% (32 pacientes) mencionaron al menos alguna discapacidad física. En cuanto a presentar cardiopatía isquémica, el 80.3% (118 pacientes) mencionaron no padecerla, mientras que un 19.7% (29 pacientes), tienen en su historial al menos un episodio como antecedente de cardiopatía isquémica. Finalmente, y mediante el estudio de Yesavage & Brink de 15 elementos, los resultados arrojaron que el 68% de los encuestados viven sin depresión (100 pacientes), el 15% viven con depresión leve (22 pacientes), y un 17% presentaron depresión establecida (25 pacientes).

En el resultado comparativo de variables y la depresión, el valor de significancia asintótica para la relación entre el sexo y depresión, fue de 0.001 según el valor de Pearson. En la relación que se establece entre el estado civil del paciente con la depresión, se estableció un valor de 0.002 de Pearson. En la relación que involucra la actividad física con la depresión, la significancia asintótica fue de 0.000 del valor de Pearson. La relación referente a polifarmacia y depresión, arrojó un resultado de 0.008 del valor de Pearson. La satisfacción económica menciona un valor de 0.000 del valor de Pearson en relación con la depresión. Mismo resultado para la relación entre depresión y abandono familiar con un valor de 0.000 de Pearson. La discapacidad física y la depresión mostraron un valor elevado de 0.401 del valor de Pearson. La relación entre la cardiopatía isquémica y la depresión en una tabulación cruzada, mostraron un valor de 0.419 de Pearson.

## Discusión

Durante los resultados, observamos que, de las 7 variables a contemplar y comparar respecto a la significancia estadística asintótica por el valor de Pearson de la prueba de Chi cuadrada, solamente en 2 de ellas (discapacidad física y el antecedente de cardiopatía isquémica), no se logró el valor mínimo para considerarlos estadísticamente significativos para fines del estudio, por lo cual no se pueden tomar en cuenta como variables dependientes para padecer o no, depresión en el adulto mayor, en base a la población de estudio. De los demás resultados, obtuvimos 3 variables con valor de  $p= 0.000$ , sin embargo, en 2 de ellas podemos considerar los resultados con menor valor estadístico para analizar, ya que, en la satisfacción económica, solamente 9 pacientes se refirieron como insatisfechos en ese rubro. Mismo caso con la situación del abandono familiar, teniendo contabilizados solamente 9 pacientes de los 147 que mencionaron estar abandonados. La poca cantidad de casos positivos para estas variables, hace que, a pesar del valor de Pearson igual a 0.000, no se pueda tomar en cuenta como rubro de peso específico para futuras acciones preventivas que destaquen en la disminución de casos de depresión en el adulto mayor. Teniendo en cuenta esto, las tres variables que mas destacan son: Actividad física, con un valor de 0.000 de Pearson, con un porcentaje cercano al 50% de encuestados en cada uno de los vértices, en segundo lugar, el estado civil como detonante de la depresión en el adulto mayor con un valor de  $p= 0.002$ , destacando a la población casada y viuda como principales, y en tercer lugar, la polifarmacia con un valor de significancia asintótica de  $p= 0.008$ . De manera descriptiva, la relación entre sexo y depresión se considera estadísticamente significativa con un valor  $p= 0.001$ , sin embargo, esta variable no es modificable, y se usó únicamente con fines descriptivos.

Finalmente, de los pacientes encuestados, encontramos que un 32% de los pacientes padecen al menos algún grado de depresión, lo cual se corrobora con la media nacional, que según estudios indican al menos un 18% de depresión en la población mexicana llegando hasta un 60%, según el lugar y la población de estudio.

## Limitantes del estudio y consideraciones futuras

Durante la realización del protocolo de investigación, el cual dio inicio en marzo del año 2019, no se contempló desde esa fecha un factor que no destaca en el estudio, ya que, a partir de diciembre de dicho año, se suscitó a nivel mundial el inicio de la pandemia covid-19, con el virus sars-cov-2. El efecto psicológico de la pandemia y el impacto mediático, a través del encierro de las personas, el estrés generado por salir y el contagio masivo, así como la pérdida de familiares cercanos, limitantes impuestas por toques de queda prolongados, la segregación a la población por sector socioeconómico para el uso de áreas públicas, y demás factores, generan un sesgo en esta investigación, del cual se considera, a posteriori, como un área de aprovechamiento y la extensión del estudio realizado para incluir, o estudiar directamente, la relación entre el covid-19 y el nivel de depresión en la población, como es en este caso, adulta para su mejor comprensión y descripción.

## Conclusión

La falta de actividad física se proyecta como el principal factor para la depresión en el adulto mayor. Con lo que se confirma la hipótesis alterna.

La actividad física, considerando 150 minutos de actividad a la semana, se destaca como el factor modificable de mayor significancia estadística, en la prevención de la depresión en el adulto mayor.

## Bibliografía

1. Castañeda Trejo C, Acuña Ruiz A, Herrera Medrano AM, Martínez Esquivel RA, Castillo Rangel I. Depresión y estado nutricional del adulto mayor en una comunidad del estado mexicano de zacatecas. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*. 2018 Enero - Junio; 28(1).
2. Wall Medrano A, Kidder Torres S, Rodríguez Tadeo A, Urquidez Romero R. Depresión, ansiedad y estado nutricional de adultos mayores de Ciudad Juárez: hallazgos del "estudio de los mil". Tesis Doctoral. Juárez: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Coordinación de Investigación y Posgrado; 2008. Reporte No.: 187.
3. Orosco C. Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona* 18. 2015 enero-diciembre; p. 91 - 104.
4. Valdes King M, González Cáceres JA, Salisur Abdulkadir M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2017; 33(4).
5. Secretaría de Salud. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México; 2011.
6. Sotelo Alonso I, Rojas Soto JE, Sánchez Arenas C, Irigoyen Coria A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*. 2012 Diciembre; 14(1).
7. Flores Padilla L, Ramírez Martínez FR, Trejo Franco J. Depresión en Adultos Mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un programa social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. *Gaceta Médica de México*. 2016.

8. De los Santos PV, Carmona Valdes E. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en Mexico y factores de riesgo. Población y Salud en Mesoamerica. 2018 Enero - Junio; 15(2).
9. Babatsikou F, Konsolaki E, Notara V, Kouri M, Zyga S, Koutis C. Depression in the elderly: a descriptive study of urban and semi-urban greek population. International Journal of Caring Sciences. 2017 Septiembre - Diciembre; 10(3).
10. Rivera Navarro J, Benito Leon J, Pazzi Olazaran A. La depresión en la vejez: Un importante problema de salud en Mexico. America Latina Hoy. 2015 Diciembre; 71.
11. Cheruvu V, Chiyaka E. Prevalence of depressive symptoms among older adults who reported medical cost as a barrier to seeking health care: findings from a nationally representative sample. BMC Geriatrics. 2019; 19.
12. Perez Cruz E, Lizarraga Sanchez DC, Martinez Esteves MdR. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. Nutrición Hospitalaria. 2014; 29(4).
13. Ruiz de Chavez Ramirez D, Zegbe J, Sanchez Morales FdM, Castañeda Iñiguez MS. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en zacatecas. Revista de Educación y Desarrollo. 2014 Abril - Junio; 29.
14. Espinosa Muñoz MC, Orozco Ramirez LA, Ybarra Sagarduy JL. Sintomas de ansiedad, depresion y factores psicosociales en hombres que solicitan atencion de salud en el primer nivel. Salud Mental. 2015; 38(3).
15. Calderon M D. Epidemiologia de la depresion en el adulto mayor. Revista Medica Herediana. 2018; 29.
16. Perez Padilla EA, Cervantes Ramirez VM, Hijuelos Garcia NA, Pineda Cortes JC, Salgado Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresion mayor. Revista Biomedica. 2017; 28.

17. Da silva Rodrigues CY, Carvalho Figueiredo PA, Ramos Frausto VM. La depresion y su influencia en los cambios neuropsicologicos del adulto mayor con trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de alzheimer. CES Psicologia. 2019; 12(1).
18. Azniza M, Nani D, Siti Suhaila MY, Rosediani M. Depression and potential risk factors among the elderly with typo 2 diabetes mellitus in kedah, malaysia. Med Journal Malaysia. 2019 Abril; 74(2).
19. Oliveira Santos-Veloso MA, Souza Lacerda de Melo I, Azevedo Neves Cavalcanti R, Soares Bezerra L, Chaves Markman AV, Goncalves de Lima S. Prevalence of depression and anxiety and their association with cardiovascular risk factors in norhteast brasil primary care patients. Revista da Associacao Medica Brasileira. 2019; 65(6).
20. Segura Cardona A, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Garzon Duque M. Riesgo de depresion y factores asociados en adultos mayores. antioquia, colombia. 2012. Revista Salud Publica. 2015; 17(2).
21. Krause M, Gutsmedl K, Bighelli I, Schneider-Thoma J, Chaimani A, Leucht S. Efficacy and tolerabiility of pharmacological and non-pharmacological interventions in older pationes with mayor depressive disorder: a systematic review, pairwise and network meta-analysis. European Neuropsychopharmacology. 2019 Julio; 19(4).
22. Jonsson U, Bertilsson G, Allard P, Gyllensvard H, Soderlund A, Tham A, et al. Psychological treatment of depression in people aged 65 years and over: a systematic review of efficacy, safety, and cost-effectiveness. PLoS ONE. 2016; 11(8).
23. Schuch F, Vancampfort D, Richards J, Rosenbaum S, Ward P, Stubbs B. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting for publication bias. Journal of Pshychiatric Research. 2016; 77.

24. Hernandez Chavez L, Muñiz Quintero NR, Gutierrez Leyva MM, Hernandez Mena JR, Chan Zavala MdJ, Cetina Ceh FP. Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana roo. *Revista Salud Quintana Roo*. 2017 Enero - Abril; 9(35).
25. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Genova, Suiza.; 2017.
26. Mental Health Foundation. Fundamental facts about mental health. Londres: Mental Health Foundation; 2016.
27. Sun Y, Chen G, Wang L, Li N, Srisurapanont M, Pyo Hong J, et al. Perception of stigma and its associated factors among patients with major depressive disorder: a multicenter survey from an asian population. *Frontiers in Psychiatry*. 2019 Mayo; 10.
28. Lara Muñoz MdC, Robles Garcia R, Orozco R, Real T, Chisholm D, Medina Mora ME. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Revista Salud Mental*. 2010; 33.
29. Arredondo A, Diaz Castro L, Cabello Rangel H, Arredondo P, Recaman AL. Analisis de costos de atención médica para esquizofrenia y depresión en México para el periodo 2005 - 2013. *Cadernos De Saude Publica*. 2018; 34(1).
30. Uddin Mina N. Depression among elderly people: a literature review. *Arcada*. 2017.

## Anexos

### Tabla de frecuencias y porcentajes

Tabla 1. Depresión en el adulto mayor según sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Masculino	45	30.6	30.6	30.6
	Femenino	102	69.4	69.4	100.0
	Total	147	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 2. Depresión en el adulto mayor según estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Casado	76	51.7	51.7	51.7
	Soltero	18	12.2	12.2	63.9
	Viudo	50	34.0	34.0	98.0
	Divorciado	3	2.0	2.0	100.0
	Total	147	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 3. Depresión en el adulto mayor según actividad física

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Con actividad física	66	44.9	44.9	44.9
	Sin actividad física	81	55.1	55.1	100.0
	Total	147	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 4. Depresión en el adulto mayor según polifarmacia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Con polifarmacia	92	62.6	62.6	62.6
	Sin polifarmacia	55	37.4	37.4	100.0
	Total	147	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 5. Depresión en el adulto mayor según la satisfacción económica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Con satisfacción económica	138	93.9	93.9	93.9
	Sin satisfacción económica	9	6.1	6.1	100.0
	Total	147	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 6. Depresión en el adulto mayor según abandono familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Sin abandono familiar	138	93.9	93.9	93.9
	Con abandono familiar	9	6.1	6.1	100.0
	Total	147	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 7. Depresión en el adulto mayor según discapacidad física

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Sin discapacidad física	115	78.2	78.2	78.2
	Con discapacidad física	32	21.8	21.8	100.0
	Total	147	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 8. Depresión en el adulto mayor según cardiopatía isquémica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Con cardiopatía isquémica	29	19.7	19.7	19.7
	Sin cardiopatía isquémica	118	80.3	80.3	100.0
	Total	147	100.0	100.0	

**Fuente: Base de datos**

**Tabla 9. Depresión en el adulto mayor según escala Yesavage & Brink 15 items**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Sin depresión	100	68.0	68.0	68.0
	Depresión leve	22	15.0	15.0	83.0
	Depresión establecida	25	17.0	17.0	100.0
	Total	147	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos

Tablas cruzadas. Valor de Pearson, para Chi cuadrada.

Tabla 10. Sexo\*Depresión tabulación cruzada

		Depresión			Total
		Sin depresión	Depresión leve	Depresión establecida	
<b>Sexo</b>	Masculino	35	10	0	45
	Femenino	65	12	25	102
<b>Total</b>		100	22	25	147

Fuente: Base de datos

Tabla 10.1 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	14.217 <sup>a</sup>	2	.001
<b>N de casos válidos</b>	147		

Fuente: Base de datos

Tabla 11. Estado Civil\*Depresión tabulación cruzada

Recuento		Depresión			Total
		Sin depresión	Depresión leve	Depresión establecida	
<b>Estado Civil</b>	Casado	60	3	13	76
	Soltero	12	3	3	18
	Viudo	25	16	9	50
	Divorciado	3	0	0	3
<b>Total</b>		100	22	25	147

Fuente: Base de datos

Tabla 11.1 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	21.061 <sup>a</sup>	6	.002
<b>N de casos válidos</b>	147		

Fuente: Base de datos

Tabla 12. Actividad Física\*Depresión tabulación cruzada

Recuento		Depresión			Total
		Sin depresión	Depresión leve	Depresión establecida	
<b>Actividad Física</b>	Con actividad física	59	4	3	66
	Sin actividad física	41	18	22	81
<b>Total</b>		100	22	25	147

Fuente: Base de datos

Tabla 12.1 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	25.322 <sup>a</sup>	2	.000
<b>N de casos válidos</b>	147		

Fuente: Base de datos

Tabla 13. Polifarmacia\*Depresión tabulación cruzada

Recuento		Depresión			Total
		Sin depresión	Depresión leve	Depresión establecida	
Polifarmacia	Con polifarmacia	55	15	22	92
	Sin polifarmacia	45	7	3	55
<b>Total</b>		100	22	25	147

Fuente: Base de datos

Tabla 13.1 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	9.647 <sup>a</sup>	2	.008
<b>N de casos válidos</b>	147		

Fuente: Base de datos

Tabla 14. Satisfacción económica\*Depresión tabulación cruzada

Recuento		Depresión			Total
		Sin depresión	Depresión leve	Depresión establecida	
Satisfacción económica	Con satisfacción económica	97	22	19	138
	Sin satisfacción económica	3	0	6	9
<b>Total</b>		100	22	25	147

Fuente: Base de datos

Tabla 14.1 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	17.033 <sup>a</sup>	2	.000
<b>N de casos válidos</b>	147		

Fuente: Base de datos

Tabla 15. Abandono familiar\*Depresión tabulación cruzada

Recuento		Depresión			Total
		Sin depresión	Depresión leve	Depresión establecida	
<b>Abandono familiar</b>	Sin abandono familiar	97	22	19	138
	Con abandono familiar	3	0	6	9
<b>Total</b>		100	22	25	147

Fuente: Base de datos

Tabla 15.1 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	17.033 <sup>a</sup>	2	.000
<b>N de casos válidos</b>	147		

Fuente: Base de datos

Tabla 16. Discapacidad física\*Depresión tabulación cruzada

Recuento		Depresión			Total
		Sin depresión	Depresión leve	Depresión establecida	
<b>Discapacidad física</b>	Sin discapacidad física	81	15	19	115
	Con discapacidad física	19	7	6	32
<b>Total</b>		100	22	25	147

Fuente: Base de datos

Tabla 16.1 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	1.828 <sup>a</sup>	2	.401
<b>N de casos válidos</b>	147		

Fuente: Base de datos

Tabla 17. Cardiopatía isquémica\*Depresión tabulación cruzada

Recuento		Depresión			Total
		Sin depresión	Depresión leve	Depresión establecida	
<b>Cardiopatía isquémica</b>	Con cardiopatía isquémica	20	6	3	29
	Sin cardiopatía isquémica	80	16	22	118
<b>Total</b>		100	22	25	147

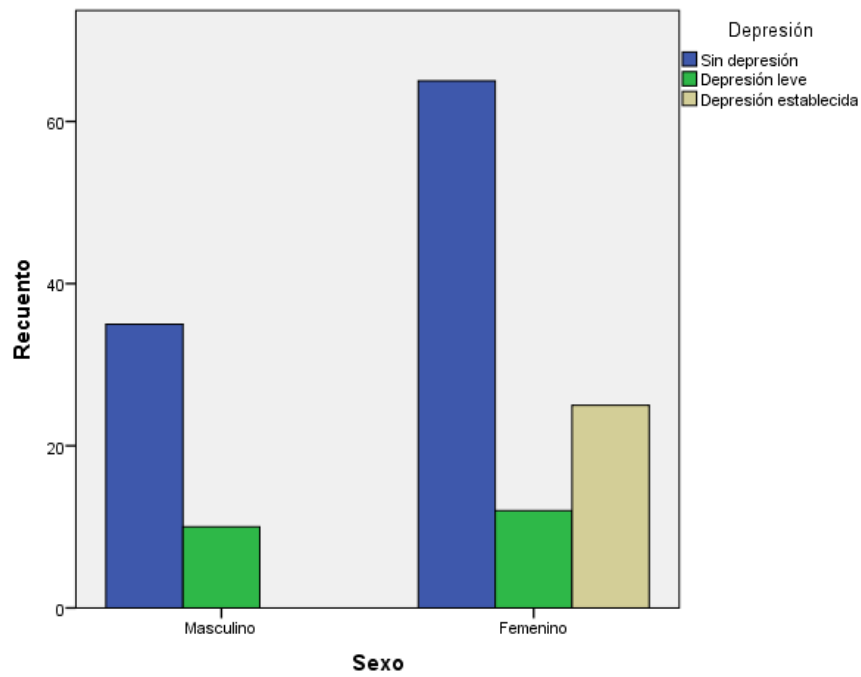
Fuente: Base de datos

Tabla 17.1 Pruebas de chi-cuadrado

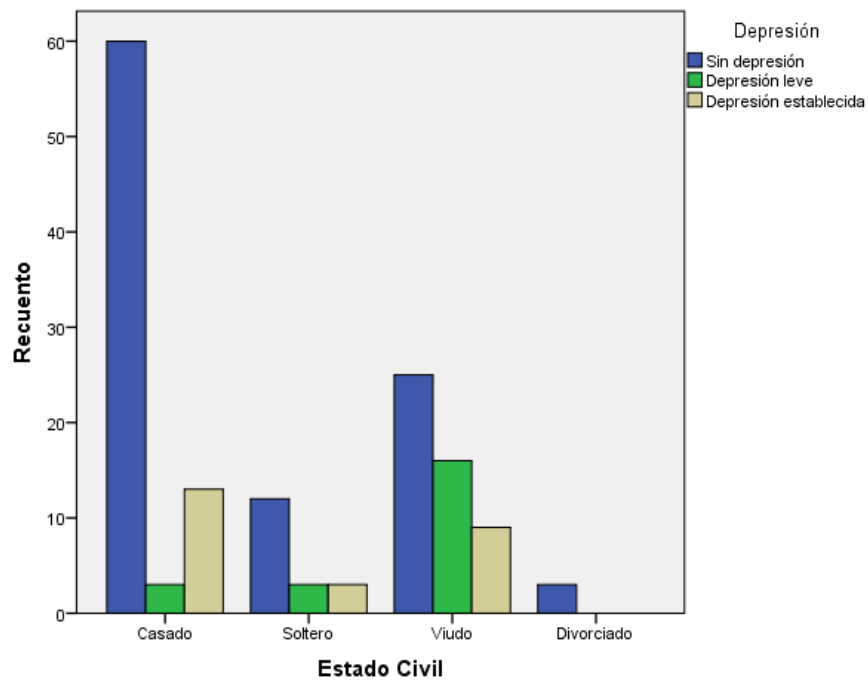
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	1.738 <sup>a</sup>	2	.419
<b>N de casos válidos</b>	147		

Fuente: Base de datos

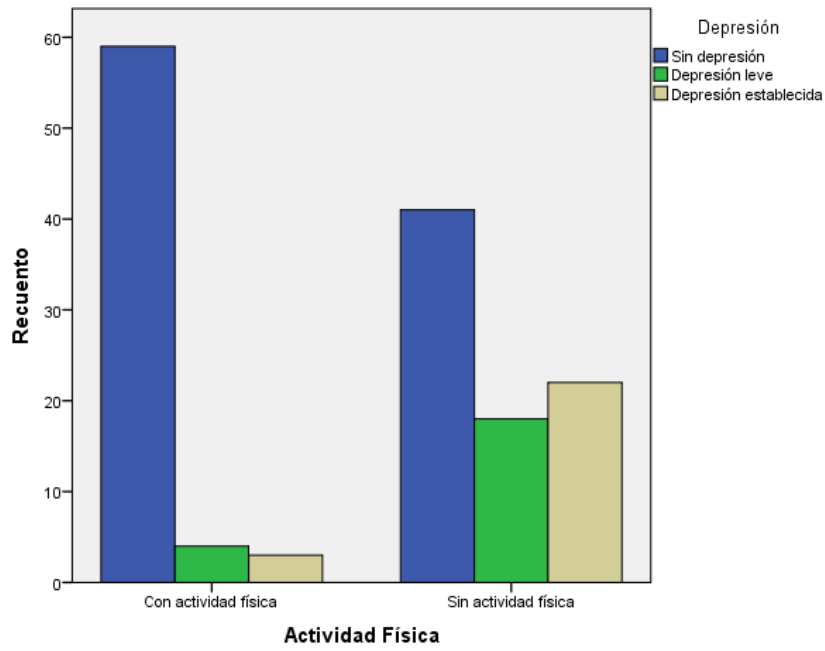
## Gráfico de barras



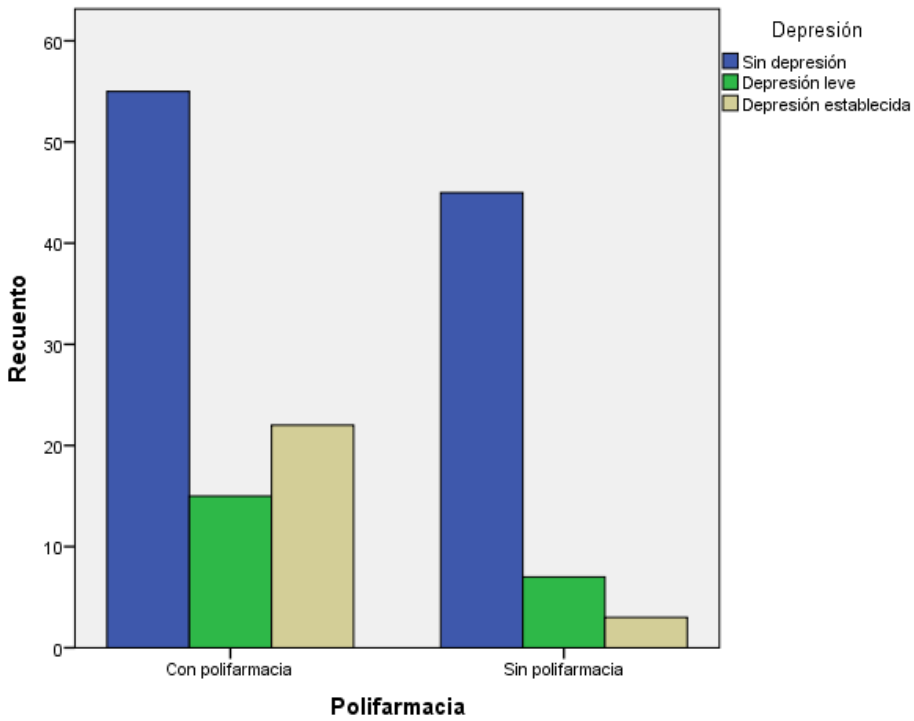
Fuente: tabla 10



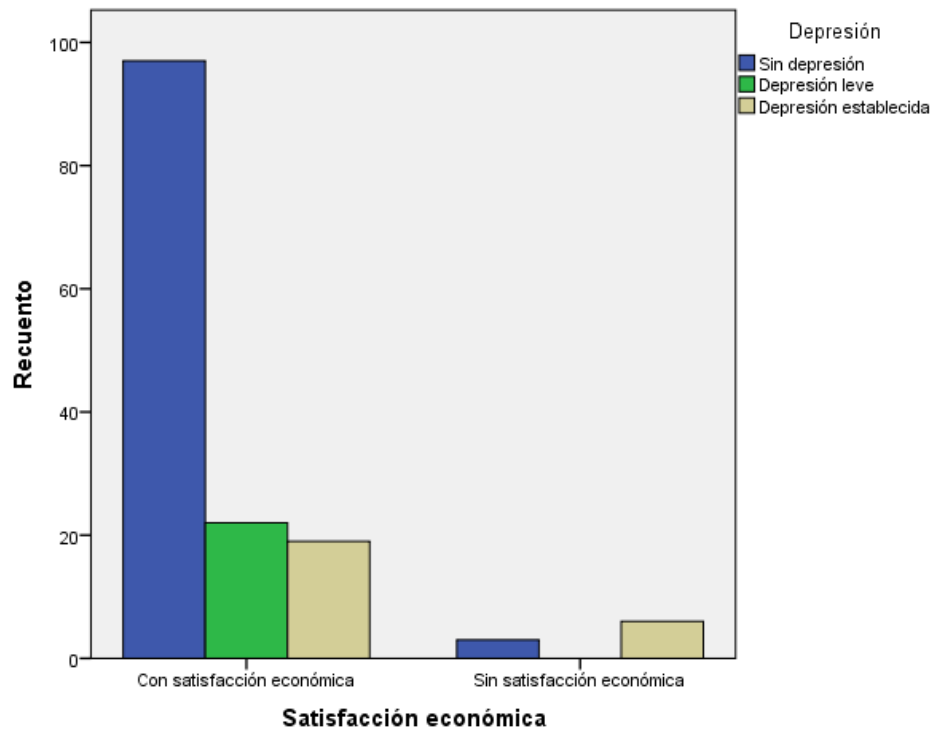
Fuente: tabla 11



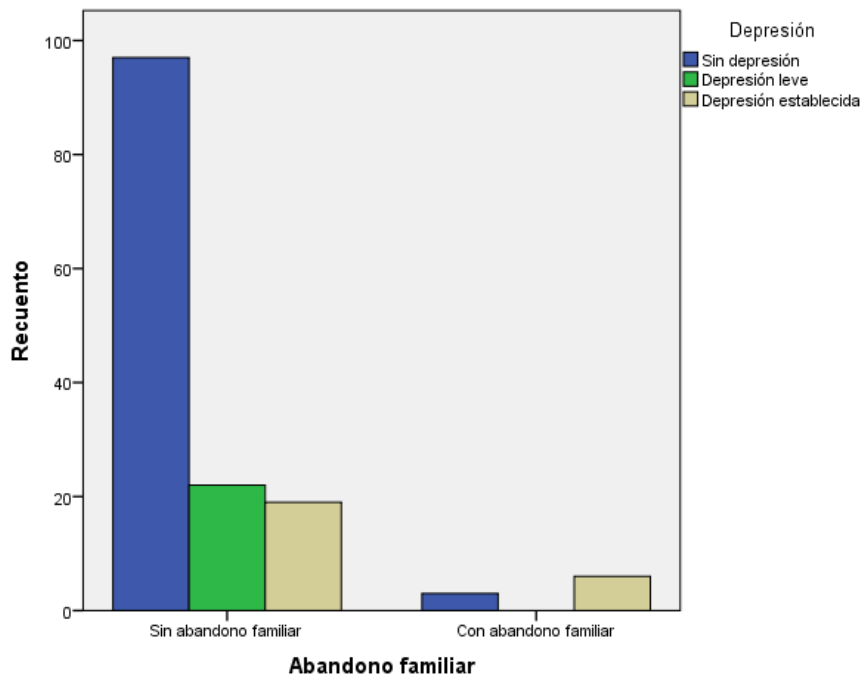
Fuente: tabla 12



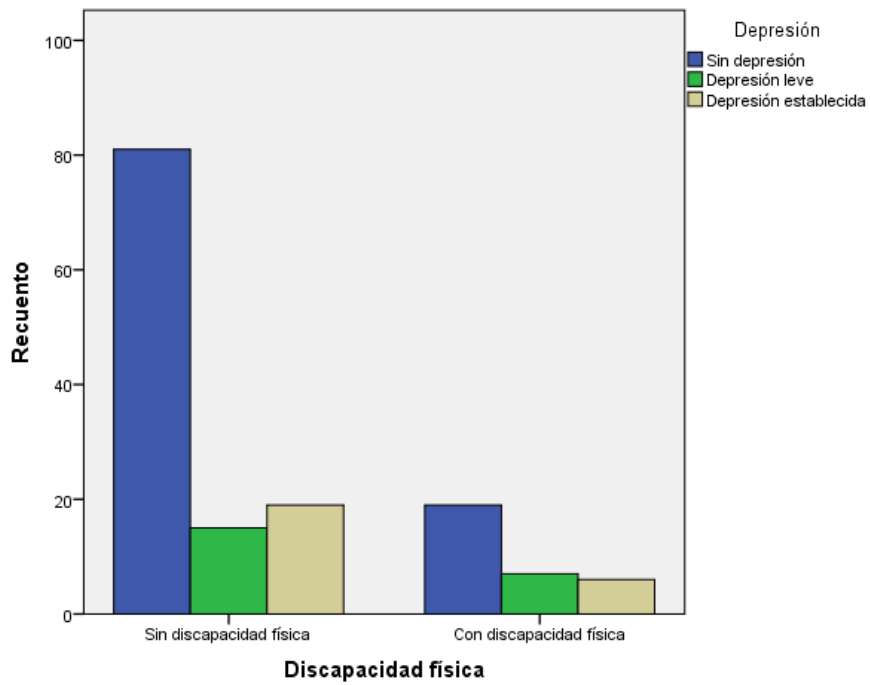
Fuente: tabla 13



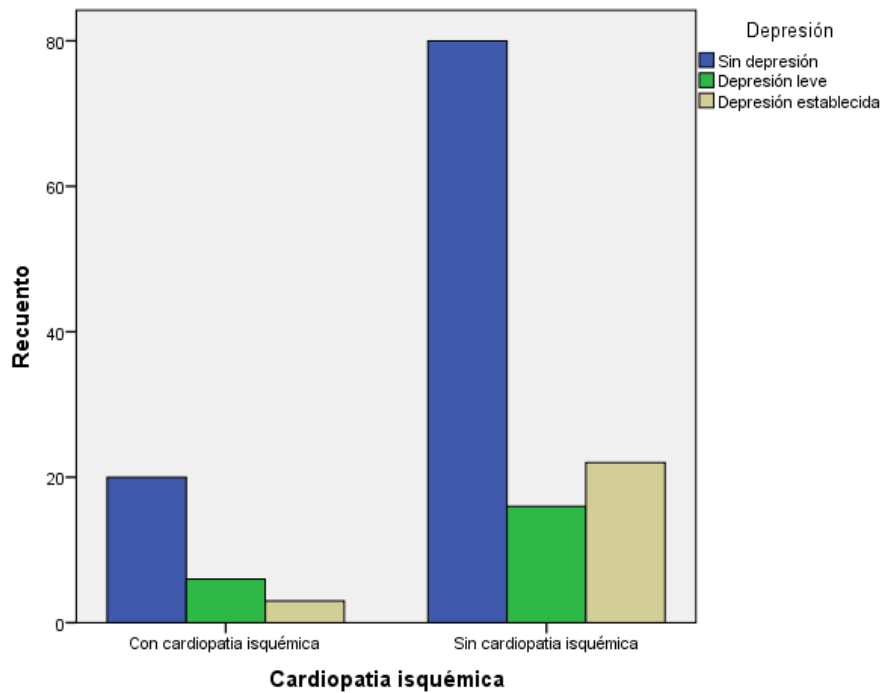
Fuente: tabla 14



Fuente: tabla 15



Fuente: tabla 16



Fuente: tabla 17

Cedula de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
 CIUDAD JUAREZ, CHIHUAHUA  
 UNIDAD MEDICO FAMILIAR No. 46

“Este cuestionario debe ser aplicado por el encuestador sin mostrar las tablas al entrevistado”

NUMERO DE FOLIO: 001

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_ TM \_\_\_\_\_ TV \_\_\_\_\_

1. Sexo: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_
2. Estado civil: Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_
3. ¿Realiza actividad física durante 150 minutos a la semana? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
4. ¿Se encuentra satisfecho con su situación socioeconómica? (Incluyendo apoyo de familiares, programas sociales, negocios propios, salario, pensión por jubilación, ahorro, etc.) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
5. ¿Padece usted de falta de cuidado y atención por parte de la familia, que le afecte la mayor parte de su aspecto psicológico y emocional? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
6. ¿Toma usted 4 o más medicamentos al día? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
7. ¿Presenta usted alguna afección en su cuerpo que le limite la función o le cause restricción de movimiento para realizar alguna actividad? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
8. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con infarto agudo al miocardio, angina de pecho, insuficiencia coronaria, o pasado por algún procedimiento que incluya colocación de stent cardiaco y/o cateterismo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9. Marcar con una “X” la respuesta que el entrevistado refiera en Si o No.

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE ABREVIADA  
 (15 ITEMS)

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 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?	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

PUNTUACION TOTAL:.....

Las respuestas que indican depresión están en **negrita**. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.

SIN DEPRESION	0 – 5 PUNTOS
DEPRESION LEVE	6 – 9 PUNTOS
DEPRESION ESTABLECIDA	10 – 15 PUNTOS

Puntuación total: \_\_\_\_\_

Resultado Escala Yesavage: Sin depresión \_\_\_\_\_ Depresión Leve o Establecida \_\_\_\_\_

Instrumentos

**Escala de Yesavage y Brink (GDS-15)**

<i>Tomando en cuenta a la última semana...</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿En general está satisfecho/a con su vida?	0	1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0
¿Siente que su vida está vacía?	1	0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
¿Teme de que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	1	0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	1	0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	0	1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	1	0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0
TOTAL		

Resultados:

**0 – 5 = normal**

**6 – 9 = depresión leve**

**>10 = depresión establecida**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y  
POLITICAS DE SALUD  
COORDINACION DE INVESTIGACION EN  
SALUD



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE  
INVESTIGACION**

<b>Nombre del estudio</b>	Factores de riesgo asociados a la depresión en el Adulto Mayor
<b>Lugar y Fecha</b>	Unidad de Medicina Familiar No 46 en Ciudad Juárez, Chihuahua en el periodo comprendido del 01 al 30 de Noviembre 2021
<b>Número de registro</b>	En tramite
<b>Justificación y objetivo del estudio:</b>	Justificación: Es importante conocer el factor de riesgo que más se relaciona a la Depresión, para disminuir costos en su tratamiento y realizando acciones que ayuden a prevenir dicha enfermedad, mejorando la calidad de vida de los adultos mayores. Objetivo: Identificar el factor de riesgo de mayor impacto para la depresión en Adultos Mayores
<b>Procedimientos:</b>	Responder a las encuestas y pruebas psicológicas
<b>Posibles riesgos y molestias:</b>	Riesgo mínimo; aplicación de pruebas psicológicas. No implica alteraciones en el estado físico del paciente.
<b>Beneficios que recibirá al participar en el estudio:</b>	Conocimiento preventivo para realizar acciones que mejoren el conocimiento general de la población, para tratamiento adecuado y oportuno de la Depresión en el adulto mayor.
<b>Participación o retiro:</b>	Cuando así lo desee
<b>Privacidad y confidencialidad:</b>	Si, durante todo el procedimiento
<b>Investigador Responsable:</b>	Dr. Carlos Alonso Ortigoza González Correo electrónico: <a href="mailto:carlosortigoza88dr@gmail.com">carlosortigoza88dr@gmail.com</a> Celular 656 320 58 08 Dirección: UMF No 46 Ave Henry Dunant No 610 Col PRONAF
<b>Colaboradores:</b>	Dr. Omar Fidel Loera Medico Familiar adscrito a la UMF No. 46 Correo: <a href="mailto:dr.omarfidel.loera46@gmail.com">dr.omarfidel.loera46@gmail.com</a> Dirección: UMF No 46 Ave Henry Dunant No 610 Col PRONAF
<b>En caso de duda:</b>	Favor de dirigirse a Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Ave Cuauhtémoc 330 4to piso Bloque B de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. Ciudad de México, CP 06720. Teléfono (55) 56276900 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comiteeticainv.imss@gmail.com">comiteeticainv.imss@gmail.com</a>

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

<b>Nombre y firma del sujeto</b>	<b>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</b>
<b>Testigo 1: Nombre, dirección, relación y firma</b>	<b>Testigo 2: Nombre, dirección, relación y firma</b>

CLAVE 2810-009-013