



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ IV UMF No.8 IMSS**



**“DETECCIÓN OPORTUNA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS
MAYORES, APLICANDO LA ESCALA GDS-15 EN HGZ IV UMF NO. 8 IMSS
ENSENADA, BAJA CALIFORNIA”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**AUTOR E IDEA ORIGINAL
DRA. MARTHA JANETTE RUIZ MARIZCAL**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE
DRA. CRUZ MÓNICA LÓPEZ MORALES**

**INVESTIGADOR COLABORADOR
DRA. MICHELLE ALVARADO PÉREZ**

ENSENADA BAJA CALIFORNIA, FEBRERO 2023



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 204.
H GRAL REGIONAL NUM 20

Registro COFEPRIS 17 CI 02 004 049
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 02 CEI 004 2018081

FECHA Martes, 13 de julio de 2021

M.C. CRUZ MONICA LOPEZ MORALES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Detección oportuna de síntomas depresivos en adultos mayores, aplicando la escala GDS-15 en HGZ IV UMF No. 8 IMSS Ensenada, Baja California** 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-2021-204-016

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a 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. Juan pablo robles noriega
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Ensenada Baja California a 16 de enero de 2023

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada **Detección oportuna de síntomas depresivos en adultos mayores aplicando la escala GDS-15 en HGZ IV UMF 8 IMSS Ensenada , Baja California**, elaborada por **Martha Janette Ruiz Marizcal**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



DR. MANUEL HUMBERTO VARGAS CONTRERAS
Sinodal

Ensenada Baja California a 16 de enero de 2023

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada **Detección oportuna de síntomas depresivos en adultos mayores aplicando la escala GDS-15 en HGZ IV UMF 8 IMSS Ensenada , Baja California** , elaborada por **Martha Janette Ruiz Marizcal**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



DR. RICARDO GONZALEZ HEREDIA
Director de Tesis

Ensenada Baja California a 16 de enero de 2023

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada **Detección oportuna de síntomas depresivos en adultos mayores aplicando la escala GDS-15 en HGZ IV UMF 8 IMSS Ensenada , Baja California**, elaborada por **Martha Janette Ruiz Marizcal**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



DRA. VIANNEY OLYMPIA ZATARAIN VAZQUEZ
Sinodal

Tesis para obtener el título de Médico Especialista en Medicina Familiar

Presenta

Dra. Martha Janette Ruiz Marizcal

Autor e idea original

Médico Residente de 3er año de la Especialidad en Medicina Familiar

Hospital General de Zona IV con Unidad de Medicina Familiar No. 8, Ensenada B.C.

Autorizaciones

Dra. Cruz Mónica López Morales

Investigador responsable

Médico Especialista en Medicina Familiar

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Hospital General de Zona IV con Unidad de Medicina Familiar No. 8, Ensenada B.C.

Dra. Michelle Alvarado Pérez

Investigador colaborador

Médico Especialista en Medicina Familiar

Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar

Hospital General de Zona IV con Unidad de Medicina Familiar No. 8, Ensenada B.C.

Dra. Alicia Monserrath Ramírez Mejía

Médico Especialista en Medicina Familiar

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Hospital General de Zona IV con Unidad de Medicina Familiar No. 8, Ensenada B.C.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Marco teórico.....	3
Justificación.....	10
Planteamiento del problema.....	11
Objetivos.....	13
<i>General</i>	13
<i>Específicos</i>	13
Hipótesis.....	13
Material y métodos.....	14
<i>Características del lugar donde se llevó a cabo el estudio</i>	14
<i>Diseño y tipo de estudio</i>	14
<i>Variables</i>	15
<i>Población de estudio</i>	16
<i>Tamaño de la muestra</i>	16
<i>Criterios de selección</i>	17
<i>Muestreo</i>	17
Descripción general del estudio.....	18
Aspectos éticos.....	22
Recursos, financiamiento y factibilidad.....	23
Cronograma de actividades.....	25

Resultados.....	26
Discusión.....	31
Conclusión.....	33
Referencias bibliográficas.....	34
Anexos.....	36

RESUMEN

Detección oportuna de síntomas depresivos en adultos mayores, aplicando la escala GDS-15 en HGZ IV UMF No. 8 IMSS Ensenada, Baja California

Timely detection of depressive symptoms in older adults, applying the GDS-15 scale at HGZ IV UMF No. 8 IMSS Ensenada, Baja California

Autores: Dra. Cruz Mónica López Morales¹, Dra. Michelle Alvarado Pérez², Dra. Martha Janette Ruiz Marizcal³.

1. Médico Familiar, 2. Médico Familiar, 3. Médico Residente de Medicina Familiar

Introducción: La depresión en el adulto mayor es una enfermedad que ha sido subdiagnosticada, representando el trastorno afectivo más frecuente en esta población que en los últimos años ha ido en aumento. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores, en HGZ IV UMF No. 8 IMSS Ensenada, Baja California en el 2021. **Material y métodos:** Estudio transversal simple, en adultos mayores adscritos a HGZ IV N.8. Se recolectaron variables de edad, género, depresión en el adulto mayor, deterioro cognitivo, polifarmacia, y estado civil; se aplicaron las escalas de Holmes, GDS-15 y Mini-Mental así como un formato de polifarmacia, analizando los datos mediante el programa estadístico IBM SPSS Statics versión 14.0. **Aspectos éticos:** Basado en los principios de Helsinki y la ley general de salud. **Resultados:** El total de pacientes fueron 246 adultos mayores, de los cuales 154 (62%) no presentaban depresión en comparación a los 92 (38%) que si presentaban depresión. Según la tabulación de la escala GDS-15 (Gráfico II), se obtuvo que 154 (62%) pacientes no presentaba síntomas depresivos, 51 (21%) presentaban síntomas depresivos leves, y 41 (17%) depresión establecida. **Discusión:** El presente estudio realizado encontró que el 38% de la población presenta depresión, muy por arriba de lo obtenido por Williams y Sosa quienes refieren en sus respectivos artículos un rango del 15-20%. **Conclusión:** La prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores en Ensenada UMF No. 8 es del 38%.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Adulto Mayor, Deterioro Cognitivo, Polifarmacia, GDS-15

ABSTRACT

Introduction: Depression in the elderly is a disease that has been underdiagnosed, representing the most frequent affective disorder in this population that has been increasing in recent years. **Objective:** To determine the prevalence of depressive symptoms in older adults in HGZ IV UMF No. 8 IMSS Ensenada, Baja California in 2021. **Material and methods:** Simple cross-sectional study, in older adults assigned to HGZ IV N.8. Variables of age, gender, depression in the elderly, cognitive impairment, polypharmacy and marital status were collected; Holmes, GDS-15 and Mini-Mental scales are applied, as well as a polypharmacy format, analyzing the data using the statistical program IBM SPSS Statics version 14.0. **Ethical aspects:** Based on the Helsinki principles and the general health law. **Results:** The total number of patients were 246 elderly, of whom 154 (62%) did not present depression compared to the 92 (38%) who did present depression. According to the tabulation of the GDS-15 scale (Graph II), it was found that 154 (62%) patients did not present depressive symptoms, 51 (21%) presented mild depressive symptoms, and 41 (17%) established depression. **Discussion:** The present study found that 38% of the population presents depression, well above that obtained by Williams and Sosa who refer in their respective articles a range of 15-20%. **Conclusion:** The prevalence of depressive symptoms in elderly in Ensenada UMF No. 8 is 38%.

Keywords: Depression, Elderly, Cognitive Impairment, Polypharmacy, GDS-15

MARCO TEÓRICO

De acuerdo con las definiciones de la asociación americana de psiquiatría, la depresión es una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda así como una disminución de su interés para casi todas las actividades, teniendo un impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo.^{1,2} Es el trastorno psiquiátrico más común en la población general y la afección de salud mental más común en pacientes atendidos en atención primaria³.

Es importante enfatizar que, la depresión en el adulto mayor, no es bien conocida, ya que la mayoría de los trabajos sobre etiología y tratamiento de los trastornos afectivos se efectúan en la población joven y, es crucial la detección, ya que a nivel mundial ha habido un incremento en el número de adultos mayores puesto que hay un aumento de la esperanza de vida.^{4,5} Estadísticamente hablando, la población que rebasa la barrera de 60 años, aumentó en el siglo XX, y según se calcula entre 2015-2050 dicha proporción casi se duplicará de 12 a 22% siendo así un aumento previsto de 900 millones de personas mayores de 60 años, multiplicándose por cuatro en países en desarrollo.⁶

En México, el consenso nacional de población reporta que de los 103.3 millones de habitantes del país 8.2 millones tienen 60 años o más y las proyecciones indican que para el 2030 serían 22.2 millones y para la mitad del siglo alcanzarán 36.2 millones.⁷ Por lo anterior, es importante darle relevancia a la población de la tercera edad, debido a que hay una tendencia clara del incremento de envejecimiento poblacional futuro, con una muy posible prevalencia mayor de depresión de estas edades avanzadas.

Es notable que, los adultos mayores se enfrentan a retos físicos y mentales que deben ser reconocidos y abordados, por lo que, el hablar de la salud mental del adulto senil, se habla de una población doblemente vulnerada y estigmatizada, primero por las implicaciones de pertenecer al grupo de adultos mayores, así como presentar, problemas de salud mental, por lo que hay que enfatizar que la enfermedad depresiva en la población de edad avanzada es un problema de salud común y grave, que a

menudo pasa desapercibida, y representa el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años.⁸

La depresión, es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en los adultos mayores, con una prevalencia de 15-20% en la población ambulatoria, incrementándose de 25-40% en hospitalizados que predomina en el sexo femenino, con una incidencia de casos nuevos 13% por año, y una de las más importantes causas de incapacidad (17.4% de los años vividos) en el mundo, con tasas de suicidio de casi dos veces más altas en el adulto mayor en comparación con la población general.

Por otra parte, existen estudios de población de adultos mayores pertenecientes a instituciones, de derechohabientes del instituto mexicano del seguro social de la ciudad de México quienes presentan prevalencia para síntomas depresivos de 21.7% y para depresión mayor de 12%.^{3,9,10}

Hay que resaltar que más del 80% de los casos de ésta patología en este grupo poblacional, son manejados en el primer nivel de atención, y el problema crucial es que, el personal de salud y los propios ancianos, así como sus familiares no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades mentales propicia como resultado la falta de búsqueda de atención, permaneciendo así, la depresión infradiagnosticada y tratada de forma inadecuada, aunado a la creencia errónea que es parte normal de envejecimiento, siendo esta enfermedad una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico.

Es fundamental señalar a la depresión como un proceso multifactorial, demostrando su asociación a diversos factores de riesgo como a falta de apoyo de red social, factores demográficos, sexo femenino, paciente viudo, divorciado o separado, bajo nivel socioeconómico, dolor incontrolado, e insomnio.^{11,12}

Respecto al apoyo familiar en un estudio, Valdez, encontró significancia en las personas que viven con el adulto mayor así como la tipología familiar, siendo más frecuente la familia extensa con 55.7%, presentando así una mejor calidad de vida para el paciente de la tercera edad.¹³

Uno de los factores de riesgo el cual se debe hacer su búsqueda intencionada, es la polifarmacia que se genera en los adultos mayores, esto, debido a que los síntomas depresivos pudieran encajar en múltiples diagnósticos físicos, o presentarse como síntomas somáticos, confundiendo el diagnóstico, por lo que hay que poner especial atención al uso indiscriminado de fármacos en esta población, aunado a que también se presenta la denominada prescripción en cascada, alterando aún más la calidad de vida de los pacientes.¹⁴⁻¹⁶

Otro de los principales factores de riesgo, relacionados íntimamente con depresión es el deterioro cognitivo, el cual es un estado clínico intermedio entre la cognición normal y la demencia.¹⁷

Durante el envejecimiento se presentan en el cerebro de forma normal cambios bioquímicos, metabólicos, circulatorios y morfológicos (como pérdida de volumen y adelgazamiento de la corteza frontal, desempeño fundamental en la atención y funciones ejecutivas; cambios en el circuito frontales-estriados los cuales están involucrados en el proceso de memorización y formación del recuerdo). Todo esto, dependiendo de la plasticidad cerebral y de la actividad redundante de muchas funciones cerebrales, pueden llevar a presentar alteraciones cognitivas o continuar con su función normal.^{18,19}

En las personas de la tercera edad con deterioro cognitivo, los síntomas se presentan como cambios en la personalidad y comportamiento sugiriendo trastorno depresivo.²⁰ Por otro lado, la depresión de inicio tardío incrementa el riesgo para la enfermedad de Alzheimer y 3 veces más para la demencia vascular en los siguientes 5 años. Por lo tanto, brindar un tratamiento antidepresivo oportuno, mejora la cognición y funcionalidad en los pacientes con demencia y depresión.²¹

Sin embargo, existe una clara asociación entre la severidad del deterioro cognitivo y la falla en su detección, hecho bien documentado en estudios que muestran que en las demencias leves los casos no diagnosticados pueden llegar a 95%.²²

Para ello, existe un instrumento que se ha convertido en el método más usado para la evaluación del estado cognitivo global, es el más citado en la literatura científica y el más aceptado en la actualidad sobre otras pruebas de evaluación cognitiva, el Minimental Test de Folstein; introducido en el año de 1975, el cual toma alrededor de 6 a 8 minutos realizarlo en individuos sanos, y en pacientes con deterioro cognitivo o demencia puede llevar hasta 15 minutos su realización.^{23,24}

Este test, ayuda a los médicos a evaluar la alteración cognoscitiva y descartar a aquellos sin trastorno cognitivo con la menor cantidad de falsos negativos posibles, y está conformado por los apartados de orientación temporal y espacial, memoria inmediata, atención-cálculo, recuerdo diferido y lenguaje y construcción. La puntuación máxima es de 30 puntos, y el punto de corte establecido que define la función cognitiva "Normal" es mayor a 24, hablando entonces de un deterioro cognoscitivo una puntuación menor a 24.²⁵

El valor de hacer un diagnóstico temprano de deterioro cognitivo incluye la posibilidad de descubrir condiciones tratables, como lo es la depresión en este grupo etario, evitando una vejez patológica; así como viceversa, el brindar un tratamiento oportuno antidepressivo a las personas mayores, se retrasa el riesgo de presentar deterioro cognitivo, o inclusive demencia a largo plazo.²⁶

El adulto mayor deprimido, presenta un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés para realizar actividades cotidianas; cuando la depresión es profunda hay tensión, temor preocupación, angustia y, atípicamente el anciano puede manifestarlo como dolor corporal, fatiga, dolor de cabeza falta de apetito e inclusive problemas cognitivos funcionales; y ya en la depresión establecida se presentan ideas suicidas, y por ello se tiene una mortalidad más alta que en sus contrapartes no deprimidas, por lo que implica un impacto adverso significativo en la calidad de vida de estos pacientes.²⁷

La depresión en este grupo etario amplifica la discapacidad, disminuye la calidad de vida, se asocia a aumento en las visitas al consultorio, mayor duración de hospitalización, aumento elevado en asistencia al departamento de urgencias, mayor uso de medicamentos repercutiendo per se a excesos en recursos de salud y por ende a costos elevados para las instituciones hospitalarias y al paciente en sí o sus cuidadores, cuando no necesariamente requiere grandes inversiones, si no énfasis en prevención y manejo primario del concepto del anciano sano.^{8,11,27,28}

Importante saber que las consecuencias para la salud pública de la depresión tratada inadecuadamente al final de la vida, aumentará con el tiempo a medida que la población continúe envejeciendo lo que es responsabilidad de los médicos familiares pesquisarla, tratarla y derivarla a segundo nivel en caso de ser necesario.^{4,9-11}

Algunos artículos recientes como el Screening for depression in adults por Williams John, mencionan que en ausencia de pruebas de detección, se estima que solo se identifica al 50% de los pacientes con depresión, cabe mencionar que los pacientes omiten información sobre los síntomas depresivos por una variedad de razones, incluido el miedo a la estigmatización, la creencia de que la depresión queda fuera del alcance de la atención primaria, la creencia de que la depresión no es una enfermedad real, sino más bien una falla personal, preocupaciones sobre la confidencialidad de los registros médicos y preocupaciones sobre la prescripción de medicamentos antidepresivos o la derivación a un psiquiatra.^{3,11,29}

Por lo que, el uso de estos instrumentos de pesquisa son de gran ayuda para llegar al diagnóstico ya que la depresión no tratada se asocia con una disminución de la calidad de vida, una carga económica significativa, mayor riesgo de suicidio y descompensaciones cuando la depresión coexiste con afecciones medicas crónicas, mayor riesgo de mortalidad (ya que cada año vivido con depresión resta 20-40% de un año de vida), y principalmente puede ser un factor de riesgo como manifestación del deterioro cognitivo, ya que se asocia con un mayor riesgo a largo plazo de demencia.²⁹

Por todo lo anteriormente expuesto, es de vital importancia la acción preventiva de la enfermedad depresiva en el adulto mayor, primordialmente primer nivel de atención ya que la detección sistemática conlleva el potencial de un beneficio sustancial.³⁰

Afortunadamente, para la población geriátrica, ya se cuentan con elementos de pesquisa que se han validado y desarrollado para la detección eficaz para detectar síntomas depresivos.⁸

Se analizaron múltiples escalas de depresión, DRS, CES-D, GDS-15 y 30, PHQ-9, SADQ-H, inventario de depresión de Beck, Escala de Whooley, que son escalas de valoración para detección de depresión y dentro de los resultados obtenidos se determinó que el GDS y CESD muestran mejor confiabilidad que el resto de los instrumentos valorados. Por otro lado, tenemos al metaanálisis realizado por O' Connor en 2016, se discute que tanto el GDS y el CES-D muestran similares criterios en la validación.

Así mismo la revisión realizada por la Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health concluyen que el GDS 30 y 15 reactivos es el mejor instrumento, y se considera la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos con una sensibilidad y especificidad del 97 y 85%.^{6,31}

Por lo que el mejor elemento que tenemos es el GDS o escala de depresión geriátrica de Yesavage, la cual surgió como instrumento de tamizaje para lograr identificar síntomas depresivos en el adulto mayor, constando de 30 preguntas, desarrollada en el año de 1982 por Brink y Yesavage, sin embargo, para el año de 1986 Sheikh y Yesavage desarrollaron una versión abreviada de 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) ya que durante la aplicación del instrumento el adulto mayor pierde la concentración y se vuelve tedioso, alterando el resultado de la prueba.

Actualmente se ha demostrado que la versión GDS-15 es más corta pero más eficiente como el GDS-30, siendo un instrumento el cual se puede administrar rápidamente en el consultorio en un periodo de 5 minutos o menos y se ha validado su uso en pacientes con deterioro cognitivo leve a moderado, pudiendo ser aplicada en la población adulta mayor con una confiabilidad, sensibilidad y especificidad alta, siendo congruentes y precisos en la medición de síndrome depresivo según su puntaje, siendo 0-5 sin síntomas depresivos, 6-9 depresión leve y mayor a 10 depresión establecida.^{6,32}

Una vez detectados los pacientes con depresión requieren ser valorados para el diagnóstico con DSM-V, así como un abordaje biopsicosocial combinado, con ISRS, envío a trabajo social para fortalecimiento de redes de apoyo, envío a psicología para recibir terapia cognitivo conductual y enviar a grupos de adulto mayor donde se indicarán las medidas de higiene de sueño, ejercicio físico, medicina complementaria que incluyan yoga, tai-chi y acupuntura.

En caso de 6 meses de tratamiento recomendado sin respuesta favorable, presencia de síntomas psicóticos o existencia de una recidiva del cuadro depresivo se deberá referir a segundo nivel de atención a médico psiquiatra o geriatra, pero si representa un riesgo para el mismo, se debe de enviar urgentemente al servicio de psiquiatría correspondiente y valorar la posibilidad de contención.³¹

Es de vital importancia detectar síntomas depresivos en este grupo etario, estadificarlos mediante la escala de Yasevage 15 reactivos, para así aplicar medidas preventivas y dar manejo adecuado en caso de necesitarlo o referenciar de manera oportuna en caso de cumplir los criterios de envío, y saber la relación del grado depresivo con los factores biopsicosociales que pudieran incidir en ésta con las variables de sexo, edad, polifarmacia, red de apoyo familiar, estado civil, siendo factores de riesgo que hay que tener presentes al momento de la consulta de medicina familiar, para la adecuada detección.³

JUSTIFICACIÓN

Los adultos mayores son una población ampliamente susceptible a desarrollar depresión, ya que, por diversos factores de riesgo, como la viudez, enfermedades concomitantes, polifarmacia y múltiples cuestiones, tienden a deprimirse, y muchas veces es complicado detectar estos síntomas en la consulta, por lo que introducir un método de evaluación rápida mediante la escala de 15 reactivos GDS permite detectar de forma oportuna la depresión y permite un adecuado seguimiento integral, con su tratamiento farmacológico y no farmacológico oportuno para una mejor calidad de vida de estos pacientes.

Indagar en el conocimiento de la prevalencia de depresión en el adulto mayor en nuestra población, nos permitirá en un futuro establecer medidas específicas para su adecuado abordaje, ya que las estadísticas pronostican un aumento significativo de esta población.

Por otro lado, conocer los factores de riesgo aunados a depresión que más se presentan, nos guiará al enfocarnos más en estas personas susceptibles, para así brindarles una mejor atención en su salud biopsicosocial, así como bajar los altos costos que generan las complicaciones generadas de ésta patología, como lo son las descompensaciones de enfermedades concomitantes, alto consumo de medicamentos innecesarios, hospitalizaciones, riesgo de demencia, y todos los costos implícitos en cada uno de ellas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial a través de los años, a partir de la década de los 50's, ha habido un incremento del número de adultos mayores y por consiguiente un aumento de la esperanza de vida.^{3,4} Siendo así hay que enfatizar en las patologías que presentan este grupo etario. Dentro de las enfermedades mayormente subdiagnosticadas, nos enfrentamos ante la depresión, el cual es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en los adultos mayores de 60 años, con una prevalencia ambulatoria que va del 15 a 20% reportada.⁹

Existen múltiples problemas a los cuales tenemos que enfrentarnos, como lo es la infravaloración del diagnóstico de los pacientes seniles, por parte del sector salud, de sus familiares y propiamente del paciente, debido a que se da por entendido erróneamente a que es secundario al proceso de envejecimiento, por otra parte, tenemos el difícil diagnóstico debido a que muchas veces se tiene una presentación atípica de la sintomatología.¹¹

Para estas limitantes, en varios estudios se ha demostrado la alta especificidad y sensibilidad de un instrumento de apoyo que mediante 15 preguntas puede detectar si el paciente tiene depresión, ésta es la escala de depresión geriátrica GDS-15 o de Yasevage.¹⁴ Establecer el diagnóstico temprano es básico, para subsecuentemente aplicar las intervenciones que se requieran para brindarle al paciente una mejor atención y abordaje. La depresión en el adulto mayor es un problema de salud pública en el cual se puede dar un adecuado seguimiento integral mediante la detección oportuna.

Por lo que este estudio pretende primordialmente determinar los casos para estimar la magnitud de la enfermedad, así como, secundariamente la identificación de factores de riesgo asociados a la depresión mediante la aplicación de este instrumento en la consulta de medicina familiar; por otro lado determinar la frecuencia existente entre deterioro cognitivo y depresión, ya que diversos artículos señalan una relación estrecha entre estas dos patologías, aplicando el mini mental test, todo esto para así poder implementar medidas preventivas futuras, que ayude a mejorar la calidad de vida de estos pacientes de la tercera edad.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál será la prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores, aplicando la escala GDS-15 en HGZ IV UMF No. 8 IMSS Ensenada, Baja California en el 2021?

OBJETIVOS

- General:

-Determinar la prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores, en HGZ IV UMF No. 8 IMSS Ensenada, Baja California en el 2021

Específicos:

-Conocer el grado de depresión en base al resultado de la escala GDS-15

-Determinar la frecuencia de síntomas depresivos con la variable polifarmacia en adultos de la tercera edad adscritos al HGZ IV N.8 en Ensenada B.C.

-Determinar la frecuencia de síntomas depresivos según el estado civil del paciente en adultos mayores adscritos al HGZ IV N.8 en Ensenada B.C.

-Identificar la frecuencia existente entre síntomas depresivos y el deterioro cognitivo en adultos mayores adscritos al HGZ IV N.8 en Ensenada B.C.

-Conocer las características sociodemográficas de los adultos mayores adscritos al HGZ IV N.8 en Ensenada B.C.

HIPÓTESIS

Hi: La prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores adscritos al HGZ IV N.8 en Ensenada B.C. es menor al 20%.

Ho: La prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores adscritos al HGZ IV N.8 en Ensenada B.C. es mayor o igual al 20%.

MATERIAL Y MÉTODOS

Características del lugar donde se llevó a cabo el estudio:

-Este estudio fue realizado en Hospital General de Zona IV Número 8 ubicado en Av. Reforma No. 84, Bahía, CP 22880, en la ciudad de Ensenada, Baja California. Es un hospital de primer y segundo nivel de atención, con una población total de 62,841 derechohabientes a quienes se les brinda atención médica.

Diseño y tipo de estudio:

-Estudio transversal simple.

Variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Depresión en el adulto mayor	Enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y una disminución de su interés para casi todas las actividades, teniendo un impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo	Puntuación obtenida cuantificando los reactivos en base a la escala de depresión geriátrica GSD-15 de Yasevage (ANEXO 3)	-Cuantitativo discreta	-Sin depresión: 0-5 -Depresión leve: 6-9 -Depresión establecida: +10
Deterioro cognitivo	Síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad	Puntuación obtenida cuantificando los reactivos obtenidos en Minimental Test (ANEXO 5)	-Cuantitativo discreta	-Sin deterioro cognitivo: 30-27 puntos -Posible deterioro cognitivo: 26-25 puntos -Deterioro cognitivo leve: 24-10 puntos -Deterioro cognitivo moderado: 9-6 puntos -Deterioro cognitivo severo: menor a 6 puntos
Edad	Es el intervalo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual	Años cumplidos al momento de la entrevista	-Cuantitativa discreta	-Años cumplidos
Género	Grupo al que pertenecen los seres humanos de acuerdo a sus características biológicas y fisiológicas aunado a un punto de vista sociocultura en lugar de ser exclusivamente biológico.	Según las características fenotípicas y de comportamiento de la persona entrevistada	-Cualitativa Nominal	-Masculino -Femenino
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos.	Estado civil al momento de la entrevista	-Cuantitativa Nominal	-Soltero (a) -Unión libre -Casado(a) -Viudo(a) -Divorciado (a)
Polifarmacia	Según la OMS es la administración simultánea de más de 3 fármacos no incluyendo vitaminas ni suplementos alimenticios	Número de medicamentos consumidos al momento de la entrevista excluyendo vitaminas y suplementos alimenticios (ANEXO 4)	-Cualitativa Nominal	-Polifarmacia menor: consumo de 2-4 fármacos -Polifarmacia mayor: consumo mayor de 5 fármacos

Población de estudio:

-Adultos mayores de 60 años de edad derechohabientes de HGZ IV N.8 Ensenada, Baja California que acudieron a consulta, en un periodo de estudio de Noviembre 2020-Febrero 2021.

-El total de adultos de la tercera edad adscritos a esta unidad es de 9,769 derechohabientes, de los cuales 4,147 pertenecen al género masculino y, 5,622 al género femenino.

Tamaño de la muestra:

Ésta fue calculada aplicando la fórmula para el cálculo de tamaño de muestra en poblaciones finitas, donde el universo de población fue de 9,769 adultos mayores, con un intervalo de confianza de 95%, teniendo un margen de error del 5%, con una proporción esperada de adultos mayores con síntomas depresivos del 20% referido en la bibliografía.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q} = n = \frac{9,769 \times 1,96^2 \times 0.20 \times 0.80}{0.05^2 \times (9,769 - 1) + 1.96^2 \times 0.20 \times 0.80} = 246$$

Donde:

n es el tamaño de la muestra

N es el total de población = 9,769

Z² α nivel de confianza = 1.962 (con seguridad del 95%)

p valor de proporción esperada 20%=0.20

q (1-p) = 1-0.20= 0.80

d es la precisión = se desea 5%

Obteniéndose un total de 246 adultos mayores.

Criterios de selección:**-Inclusión**

*Adultos mayores que aceptaron participar en el estudio.

-Exclusión

* Adultos mayores con diagnóstico establecido de depresión.

* Adultos mayores que tuvieron un puntaje mayor de 200 puntos de la escala de eventos críticos de Thomas Holmes.

-Eliminación

*Adultos mayores de 60 años que no completaron la encuesta.

Muestreo:

-No probabilístico por conveniencia

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

-Este fue un estudio transversal simple, donde se buscó detectar síntomas depresivos en el adulto mayor. Para ello, se recurrió a la entrevista propiamente del derechohabiente de la tercera edad mediante diversos instrumentos de evaluación de recolección de datos cuando éste, acudió a consulta con su médico familiar en un periodo de Noviembre 2020 a Febrero 2021.

Se contó con un formato de 4 hojas por individuo, el cual constó primordialmente de la carta de consentimiento informado (Anexo 1).

Posteriormente siguió un apartado con la escala de eventos críticos de Thomas Holmes (Anexo 2), la cual fue descrita por Holmes y Rahe en el año de 1976, con la finalidad de seleccionar a los individuos que cumplieran con los criterios de inclusión previamente mencionado, ya que esta escala, predijo si el paciente, tuvo algún evento crítico ocurrido de 6 a 8 meses antes, que pudieron alterar los resultados del estudio; la escala se describe de la siguiente manera: 0-149 en donde no hay problemas importantes, de 150-199 crisis leve, 200-299, crisis moderada, y mayor de 300 crisis severa.

Posteriormente se continuó con la escala GDS-15 reactivos (Anexo 3), la cual surgió como instrumento de tamizaje en el año de 1986, descrita por Sheikh y Yesavage, con 10 preguntas positivas y 5 preguntas negativas; este instrumento toma de 5 minutos o menos para su realización; cabe resaltar que ha sido validada, con una alta confiabilidad, sensibilidad y especificidad y se registran los puntos obtenidos, estableciendo así: 0-5 sin síntomas depresivos, 6-9 depresión leve y mayor a 10 depresión establecida.

Se continuó con un apartado de polifarmacia (Anexo 4); la OMS, la define como el síndrome geriátrico de consumir más de 3 fármacos simultáneamente no incluyendo vitaminas ni suplementos alimenticios; ésta a su vez se puede subclasificar de la siguiente manera, polifarmacia menor: consumo de dos a cuatro fármacos y, polifarmacia mayor: consumo mayor de cinco fármacos.

Finalmente, el Mini-Mental State Examination (MMSE) (Anexo 5), escala publicada en el año de 1975 por Marshall F. Folstein, Susan Folstein y Paul R. McHung, la cual consiste en un prueba rápida, estandarizada y ampliamente utilizada a nivel internacional que mide el deterioro cognitivo, el cual toma alrededor de 6 a 8 minutos su realización, conformado por los apartados de orientación temporal y espacial, memoria inmediata, atención-cálculo, recuerdo diferido y finalmente, lenguaje y construcción.

Cuenta con un rango de puntuación que va del 0 a 30 puntos, siendo así su interpretación la siguiente: Sin deterioro cognitivo: 30-27 puntos, posible deterioro cognitivo: 26-25 puntos, deterioro cognitivo leve: 24-10 puntos, deterioro cognitivo moderado: 9-6 puntos, deterioro cognitivo severo: menor a 6 puntos.

Se abordó al derechohabiente de la tercera edad al salir de su consulta de medicina familiar, se continuó al preguntarle si éste deseaba participar en el estudio, en caso de aceptar, se invitó al paciente a acudir al consultorio donde se llevó a cabo la entrevista, se pidió que tomara asiento y se procedió a leer y explicar la carta de consentimiento informado, en caso de la existencia de dudas, se resolvieron en ese momento; se pidió al paciente llenar y firmar el formato; fue firmada también por un testigo, así como del investigador que estaba aplicando los instrumentos y, finalmente se fechó el documento.

Se aplicó primeramente la escala de eventos críticos de Thomas Holmes, en caso de obtener un puntaje menor a 200, se continuó a preguntarle edad, género, estado civil, y si éste vivía solo o no; luego se continuó explicando detenidamente cada punto de la escala de depresión geriátrica GD5-15, y se fue tomando registro de cada una de las respuestas dadas por el adulto mayor, se sumaron los puntos y se registraron en el formato.

Posteriormente se continuó con la sección de polifarmacia, donde se preguntó directamente al adulto mayor si presentaba alguna comorbilidad, el tiempo de evolución y los medicamentos que ingería, y si éste consumía algún medicamento no recetado por su médico familiar, o algún tratamiento alternativo, siendo muy enfáticos en esta última pregunta, y se tomó registro de cada una de las respuestas dadas.

Y finalmente se procedió a la aplicación del Mini-Mental State Examination (MMSE), en la cual se fue muy claro y enfático con cada una de las secciones del test.

Se hicieron las preguntas en los apartados de orientación temporal y espacial ; en la sección de fijación, se le dijeron 3 palabras al adulto mayor, y se le pidió posteriormente, repetirlas; en el apartado de atención y cálculo se le pidió que restara a 30 de tres en tres, registrando hasta el número que se equivocó; en memoria y evocación se volvió a preguntar las palabras dichas previamente en la sección de fijación ; en la sección de nominación, se mostraron dos objetos, pidiendo al paciente que los identificara; en el apartado de repetición, se pidió al derechohabiente que repitiera una frase; en la sección de comprensión se le dijo al adulto mayor, que tomara un papel con su mano no dominante, que lo doblara por la mitad con ambas manos, y que procediera a ponerlo en sus rodillas; en la sección de lectura se le mostró al individuo un papel con una orden, y se pidió que realizara lo que decía el papel; en la sección de escritura, se le pidió que escribiera una frase; finalmente se mostró un dibujo, el cual se pidió que copiara en una hoja.

Conforme se fueron realizando cada una de las secciones, se fue tomando registro positivo o negativo representados con 0 y 1 de cada uno de los apartados, dependiendo si las preguntas fueron asertivas o no, así como si las actividades fueron realizadas correctamente o no y, posteriormente se fueron sumando los puntos obteniendo una puntuación final.

Se analizaron las puntuaciones obtenidas en las diferentes encuestas, refiriendo al adulto mayor al servicio correspondiente dependiendo los resultados obtenidos, como psicología, trabajo social, o gestionando cita a la brevedad con su médico familiar

correspondiente con jefatura de medicina familiar; se dio por finalizada la entrevista y finalmente se agradeció al adulto mayor por su participación.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio de investigación estuvo bajo los lineamientos de los principios básicos que garantizaron el beneficio del derechohabiente. Estuvo acorde los principios éticos de la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, con el deber de proteger la dignidad e integridad de los individuos, cumpliendo el propósito principal de comprender las causas, evolución, efectos de las enfermedades mejorando así las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas para que sean eficaces accesibles y de calidad; por otro lado, aunado a la ley general de salud en su artículo 100, apartado IV, se solicitó la autorización mediante la firma del consentimiento informado, cuidando así la confidencialidad del derechohabiente. (Anexo 1).

Por otro lado, según el artículo 17, apartado II del reglamento de la ley general de salud en materia para la investigación en salud, se trató de una investigación con riesgo mínimo, manteniendo la privacidad, confidencialidad y seguridad de los participantes.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

-Recursos humanos: Se contó con la participación de una persona para la aplicación de los test, la cual expuso de manera fuerte y clara cada uno de los reactivos de dichos cuestionarios para un adecuado entendimiento del adulto mayor; la cual contaba con un reloj y un lápiz para poder dar instrucciones al entrevistado para la realización de ciertos apartados del Minimental test.

-Recursos físicos y materiales: las pruebas fueron realizadas en un consultorio iluminado, el cual tenía una silla para el entrevistado, y una mesa donde se apoyó para la realización de algunos de los apartados de los cuestionarios que se aplicaron; se necesitaron hojas y tinta, para la impresión de los formatos, un lápiz y un reloj, que formaron parte de la dinámica del Minimental test, y finalmente para la recolección de datos, fue necesaria una computadora que contaba con programas estadísticos.

-Recursos financieros: cabe reconocer el financiamiento de las instalaciones del HGZ IV N. 8 para la realización de los cuestionarios. En cuanto a los requerimientos monetarios se anexa la siguiente tabla:

Gasto de inversión	Especificación	Costo
Equipo de cómputo	Laptop Lenovo G50 con procesador Intel con sistema operativo Windows 8.1 Pro con Bing Impresora HP DeskJet serie 2050 2 cartuchos para impresora HP 2050 tinta negra	\$10,878
Herramientas y accesorios	Programa para procesamiento y análisis de datos estadísticos: IBM SPSS Statics (Statistical Package for the Social Sciences) versión 14.0 para Windows X64	\$1,804.86
Herramientas y accesorios	Reloj de pulsera de manecillas	\$2,230
Gastos corrientes	Especificación	Costo
Artículos materiales y accesorios	2 paquetes de papel reciclado Office Depot Ecológico cada uno de 500 hojas	\$218
Artículos materiales y accesorios	Lápiz paper mate mirado amarillo 4 piezas	\$22.50
TOTAL		\$15,153.36

Cronograma de actividades

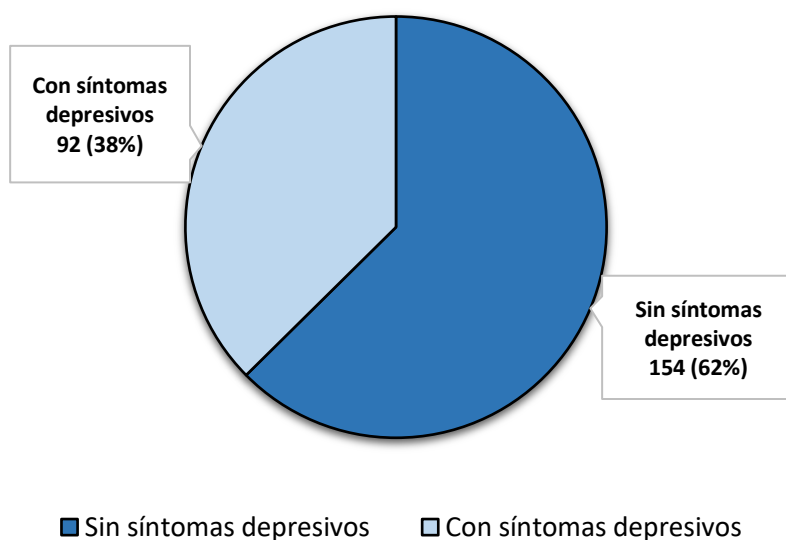
Semestre	Actividad	Producto
1 (Noviembre 2020-Febrero 2021)	-Planeación operativa -Inicio de recolección de datos	-Cuestionarios completos de los pacientes participantes en el estudio
2 (Marzo-Octubre 2021)	-Análisis de los datos en el programa estadístico - Redacción de resultados	-Hoja de recolección de datos electrónica completa -Resultados
3 (Noviembre 2021-Junio 2022)	-Discusión de resultados -Redacción de discusión y conclusiones	-Discusión -Conclusiones
4 (Julio-Diciembre 2022)	-Redacción de escrito final -Presentación de seminario	-Escrito final -Obtención del título de Medicina Familiar

RESULTADOS

El total de pacientes fueron 246 adultos mayores, de los cuales 154 (62%) no presentaban depresión (Gráfico I). Por otro lado, según la tabulación de la escala GDS-15 (Gráfico II), se obtuvo que 154 (62%) pacientes no presentaba síntomas depresivos, 51 (21%) presentaban síntomas depresivos leves, y finalmente 41 (17%) depresión establecida.

Gráfico I

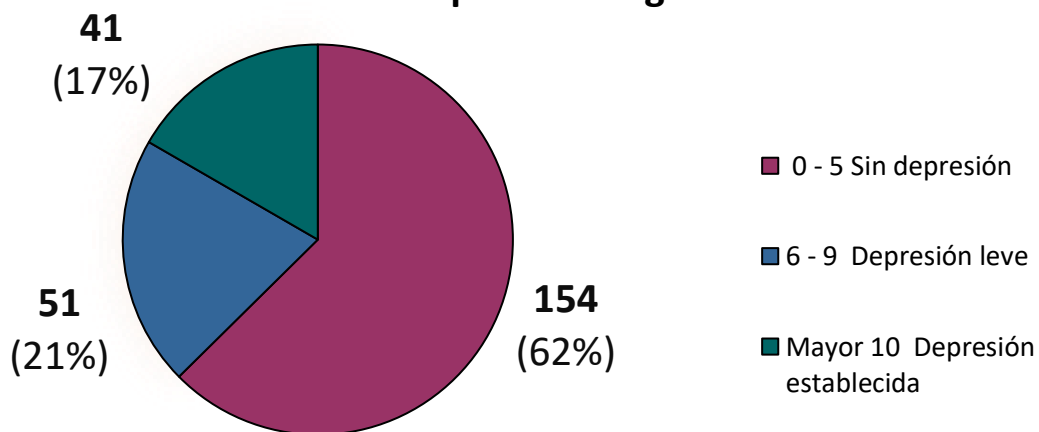
Prevalencia de síntomas depresivos



Fuente: Base de datos 2021

Gráfico II

Síntomas depresivos según GDS-15



Fuente: Base de datos 2021

Con respecto a las variables sociodemográficas estudiadas, se obtuvo un ligero predominio en el género femenino 126 (51.2%) sobre el género masculino 120 (48.8%), la mayoría de los pacientes se encontraban casados 155 (63%), 213 (86.6%) de los adultos mayores viven acompañados. En cuanto a la polifarmacia, se encontró que la mayoría de los pacientes presentaban polifarmacia menor 154 (62.6%) y 205 (83.3%) no presentaban deterioro cognitivo. (Tabla I).

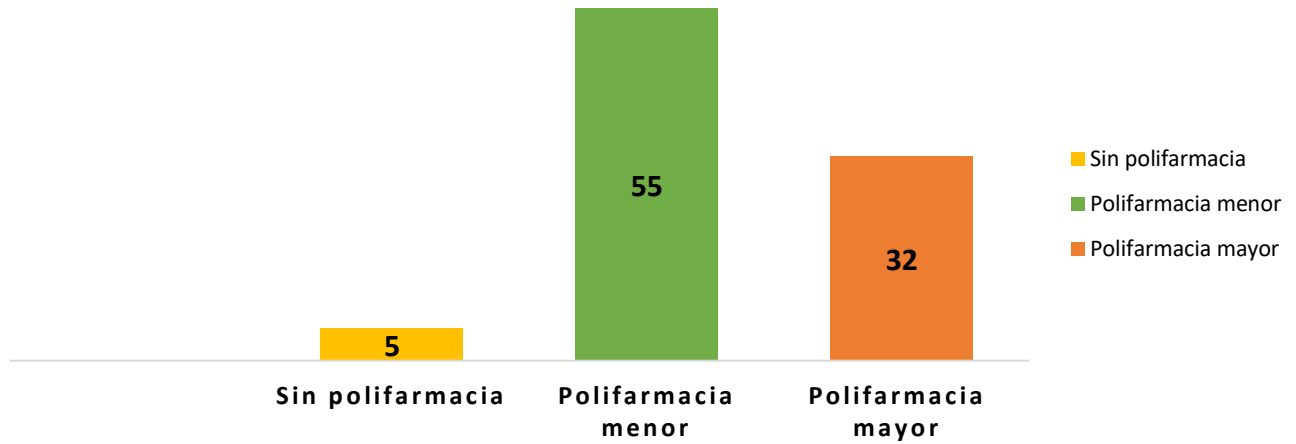
Tabla I. Distribución de variables

VARIABLE	FRECUENCIA	(%)
GÉNERO		
Masculino	120	48.8%
Femenino	126	51.2%
ESTADO CIVIL		
Casado	155	63%
Viudo	85	34.6%
Divorciado	4	1.6%
Separado	2	0.8%
CONVIVENCIA		
Si vive solo	33	13.4%
No vive solo	213	86.6%
TEST MINIMENTAL		
Deterioro leve	1	0.4%
Posible deterioro	40	16.3%
Sin deterioro	205	83.3%
POLIFARMACIA		
Polifarmacia mayor	79	32.1%
Polifarmacia menor	154	62.6%
Sin polifarmacia	13	5.3%

Fuente: Base de datos 2021

Gráfico III

Frecuencia de Síntomas depresivos-polifarmacia

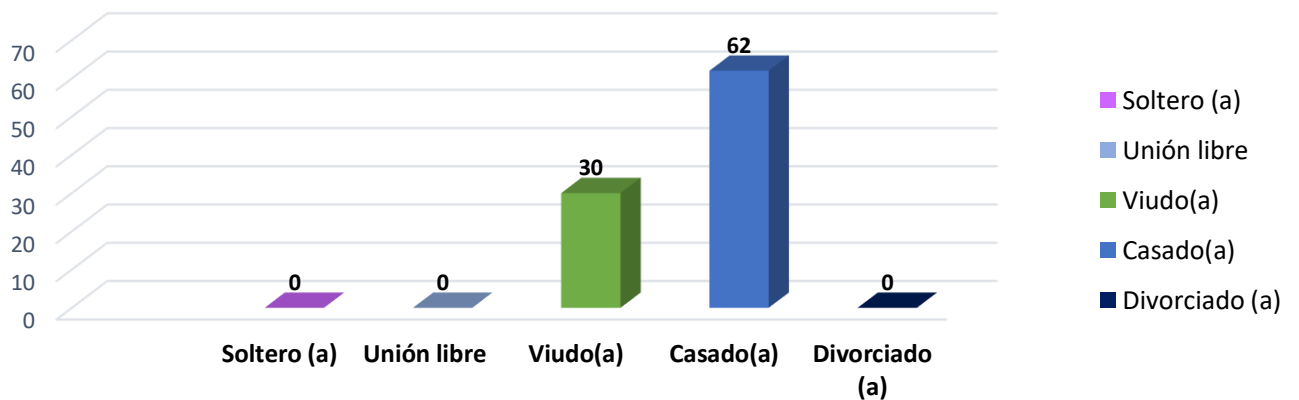


Fuente: Base de datos 2021

La frecuencia de síntomas depresivos según la polifarmacia, fueron un total de 92 adultos mayores, 5 de los cuales no presentaban polifarmacia, otros 55 presentaban polifarmacia menor y 32 presentaban polifarmacia mayor.(Gráfico III)

Gráfico IV

Frecuencia de Síntomas depresivos-Estado civil

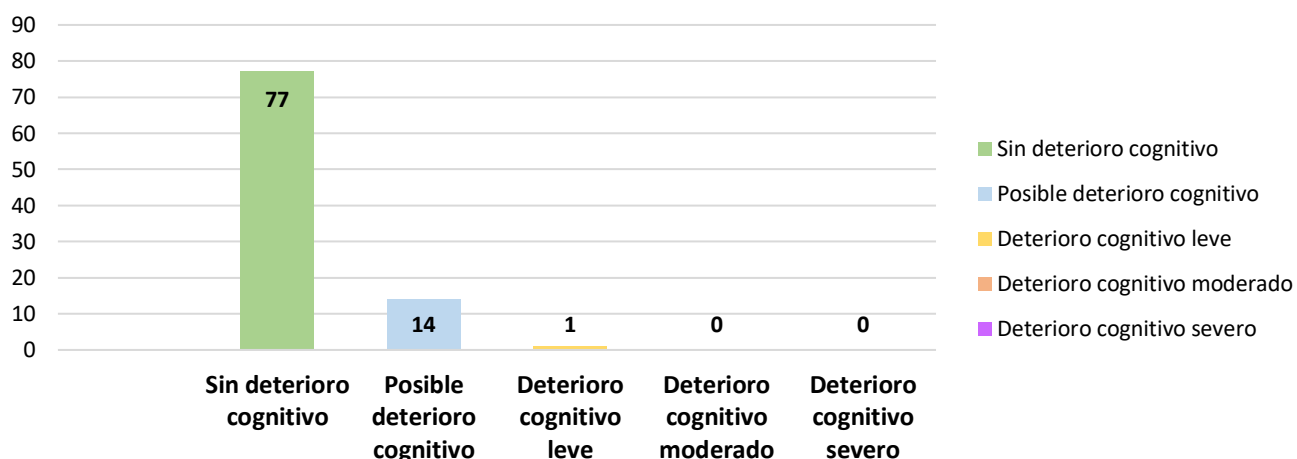


Fuente: Base de datos 2021

Por otro lado, la frecuencia de síntomas depresivos según el estado civil fueron un total de 92 adultos mayores, 30 de los cuales se encontraron viudos, frente a un 62 que se encontraron casados. (Gráfico IV)

Gráfico V

Frecuencia de Síntomas depresivos-Deterioro cognitivo



Fuente: Base de datos 2021

Con respecto a la frecuencia de síntomas depresivos, según el deterioro cognitivo, fueron un total de 92 adultos mayores, 77 de los cuales no presentaban deterioro cognitivo, 14 presentaban posible deterioro cognitivo y 1 presentaba deterioro cognitivo leve. (Gráfico V)

Con respecto a la comparación de los pacientes con síntomas depresivos y las variables de género, convivencia, test mental, polifarmacia, se observó una mayor frecuencia de depresión con el género masculino, que no viva solo, así como la ausencia de deterioro cognitivo y con polifarmacia. (Tabla II).

Tabla II. Distribución de variables según presencia de síntomas depresivos

VARIABLE	CON DEPRESIÓN N (%)	SIN DEPRESIÓN N (%)
GÉNERO Masculino Femenino	49 (53.3%) 43 (46.7%)	71 (46.1%) 83 (53.9%)
CONVIVENCIA Si vive solo No vive solo	12 (13%) 80 (87%)	21 (13.6%) 133 (86.4%)
TEST MINIMENTAL Con deterioro cognitivo Sin deterioro cognitivo	15 (16.3%) 77 (83.7%)	26 (16.9%) 128 (83.1%)
POLIFARMACIA Con polifarmacia Sin polifarmacia	87 (94.6%) 5 (5.4%)	146 (94.8%) 8 (5.2%)

Fuente: Base de datos 2021

DISCUSIÓN

El presente estudio realizado en la población adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene suma relevancia teórica para su aplicación en el campo clínico ya que nos aporta información valiosa sobre este grupo etario. Se encontró que el 38% de la población presenta depresión, muy por arriba de lo obtenido por Williams y Sosa quienes refieren en sus respectivos artículos un rango del 15-20%.^{3,9}

En cuanto al predominio de género en personas con síntomas depresivos, a diferencia de los estudios de Randall, Calderón y Laines, quienes refieren en sus resultados predominio de sexo femenino 38% sobre un 19% en hombres, en este estudio se vio un ligero predominio del sexo masculino con un 53.3%.^{11,12,33}

Respecto a la variable de convivencia a diferencia de un estudio realizado por Molés y Clavero, donde demuestran resultados estadísticamente significativos con una $p=0.111$, donde los adultos mayores deprimidos que viven solos fueron 26.6% frente a un 16.6%; en el presente estudio se obtuvo que los adultos mayores deprimidos que viven solos fue un 13% frente a los que viven acompañados 87%.³⁴

Muy superior a las cifras reportadas por Rodríguez, Rochon, y Spandel, donde refieren una frecuencia de 69.6% de personas adultos mayores con depresión que presentaban polifarmacia; en este estudio se encontró una frecuencia del 87% en personas adultos mayores con depresión y polifarmacia, frente a las que no presentaban polifarmacia.¹⁴⁻¹⁶⁻³⁵

Muy similar al estudio realizado por Vilchez, donde refiere que del 64% de los adultos mayores deprimidos, el 36.3% contaban con deterioro cognitivo; en este estudio se obtuvo que del 37% de los adultos mayores con depresión, el 16.3% presentaba deterioro cognitivo.³⁶

Como propuesta de mejora, para demostrar una relación causal entre estas variables, se recomienda implementar un diseño de estudio de casos y controles, el cual podría brindar información con mejor estimación, sobre la asociación de los síntomas depresivos con los factores de riesgo, así como aspectos sociodemográfico, para tener

una mejor visión de este grupo etario en el Instituto Mexicano del Seguro Social Ensenada.

CONCLUSIÓN

En este estudio, con los resultados obtenidos, no podemos rechazar nuestra hipótesis nula, documentando que obtuvimos mayor frecuencia de síntomas depresivos según lo estipulado en lo teórico, ya que la prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores en Ensenada UMF No. 8 es del 38%.

Por lo tanto, el utilizar la escala GDS-15 como tamizaje de sintomatología depresiva en adultos mayores en consulta de medicina familiar, ayudará a la pesquisa de estos derechohabientes vulnerables a los cuales se podrá hacer el abordaje de depresión, y derivar oportunamente a servicios de apoyo, como psicología, GeriatrIMSS o envejecimiento activo por parte de trabajo social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SI, García-de-León A, Duarte-Orduño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam.* 2016;23(1): 24-28
2. Asociación americana de psiquiatría. DMS-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5 edición, Panamericana. p 2014-996
3. Williams J., Nieuwsma J. Screening for depression in adults. UpToDate. 2020
4. Llanes-Torres HM, López-Sepúlveda Y, Vázquez-Aguilar JL, Hernández-Pérez R. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *La Habana Rev Ciencias Médicas.* 2015; 21(1)
5. Soria-Trujano R., Soriano-Carrillo MI, Lara-de-Jesús N., Mayen-Aguilar AA. Depresión en adultos mayores, diferencia entre sexos. *Rev Elect Psicología Iztacala.* 2018;21(2)
6. Trujillo-Hernández PE, Esparza-González SC, Benavides-Torres RA, Villarreal-Reyna MA, Castillo-Vargas RA. Depresión en el adulto mayor: un instrumento ideal para su diagnóstico. *Nure Inv.* 2017; 14 (89)
7. Instituto nacional de las personas mayores. Diciembre 2019. Obtenido de: <https://www.gob.mx/conapo>
8. Michell T, Helfin. Geriatric health maintenance. UpToDate.2020
9. Sosa-Ortiz AL, Acosta-Castillo GI. La salud mental del adulto mayor. En: Academia nacional de medicina y CONACYT. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. 1ra edición. México. 2015. P 101-109
10. OMS. La salud mental y los adultos mayores. Diciembre 2017. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
11. Randall-Espinoza T, Jurgen-Unutzer. Diagnosis and management of late life unipolar depression. UpToDate.2020.
12. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered.* 2018; 29:182-191
13. Valdez-Huirache MG. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horiz sanitario.* 2018; 17(2)
14. De-la-puente-Rodriguez EM, Bielza-Galindo R, Galindo-Ortiz J, Olivera-Pueyo J. Alteraciones de la esfera mental: demencia y depresión en el anciano. *Medicine.* 2018; 12 (62):3637-3649
15. Secretaría de salud. GPC 190-18 Valoración geriátrica integral en unidades de atención médica. México, 2018
16. Rochon P. Drug prescribing for older adults. UpToDate.2019
17. Larson E. Evaluation of cognitive impairment and dementia. UpToDate. 2019.
18. Benavides-Caro C. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Rev Mex Anest.* 2017;40 (2):107-112
19. Borrás BC, Viña RJ. Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016;51
20. Brosch JR. Early onset dementia in adults. UpToDate.2018.

21. Secretaría de salud. IMSS 144-08: Diagnóstico y tratamiento de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México, 2012
22. Jimenez D, Lavados M, Rojas P, Henriquez C, Silva F, Guillón M. Evaluación del minimal mental abreviado de la evaluación funcional del adulto mayor como screening para la detección de demencia en la atención primaria. *Rev Med Chile*. 2017;145(7)
23. Soto-Añari M, Belón-Hercilla MV. Indicadores de sensibilidad y especificidad para dos puntos de corte del Mini Mental State Examination: estudio preliminar. *Rev Neuropsiquiatría*. 2017; 80(2)
24. Mitchell AJ. The Mini-Mental State Examination (MMSE): update on its diagnostic accuracy and clinical utility for cognitive disorders. In: Larner AJ, editor. *Cognitive screening instruments*. Cham: Springer. 2017; 37-48.
25. Wiley J. Mini-Mental State Examination (MMSE) para la detección de la demencia en personas de 65 años o mayores sin evaluación clínica en poblaciones de atención primaria y de la comunidad. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016; 27(3):404-406
26. Ward K, Reuben D. *Comprehensive geriatrics assessment*. UpToDate. 2018
27. Bruning K. Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar PUC. 2019:1-5
28. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Ageing*. 2015
29. Taylor WD. *Clinical practice. Depression in the elderly*. N. Engl. J Med. 2014.
30. Padilla-Villablanca K, Zamudio-Aravena C, Rodriguez-Morales M, Mejía-Díaz V. Factores asociados a la sospecha de depresión identificada a través de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Presencia*. 2019; (15)
31. Secretaría de salud. IMSS 194-10: Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. 2011
32. Agarwal K. Failure to thrive in older adults: evaluation. UpToDate. 2020
33. Alejandra LF. Factores asociados a la depresión en personas adultas mayores en área urbana de Tabasco. *Rev Mult Health Reseach*. 2020; (1)
34. Molés-Julio MP. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enferm. glob*. vol.18 (55). 2019
35. Spandel-Leszek. Polypharmacy as a risk factor for depressive symptoms in geriatric patients: an observational, cross-sectional study. *Ars Pharm*. 2016; 57(3): 127-135
36. Vilchez-Cornejo J. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de 3 ciudades de Perú. *Acta Med Peru*. 2017;34(4):266-72



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Anexo 1

Nombre del estudio:	“Detección oportuna de síntomas depresivos en adultos mayores, aplicando la escala GDS-15 en HGZ IV UMF No. 8 IMSS Ensenada, Baja California”
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona 8, Ensenada BC a _____ del 2020
Número de registro:	(R-2021-204-016)
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio se llevará a cabo con la finalidad de detectar la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor, con el objetivo de establecer intervenciones oportunas. El objetivo es determinar la prevalencia de síntomas depresivos en el adulto mayor con la escala GDS 15
Procedimientos:	Se me ha informado que se me aplicaran cuestionarios relacionados con mi situación familiar, individual, sentimientos y vivencias relacionadas con actividades de la vida diaria.
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha explicado que no representa algún riesgo a la salud.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detectar síntomas que puedan sugerir algún estado depresivo para un abordaje oportuno.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará al paciente el resultado obtenido de las encuestas obtenidas, y en caso de detectar síntomas se canalizará a su médico familiar para derivación a psicología y psiquiatría según considere.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto o con el departamento.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizó que se tome la muestra solo para este estudio.

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

El investigador responsable se ha comprometido en informarme acerca de alternativas a mi actual tratamiento en caso de ser necesario.

1

Beneficios al término del estudio:

Se me ha explicado que el beneficio del estudio consistirá en identificar y modificar los factores de riesgo que presento.

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

Investigador Responsable: Dra. C. Mónica López Morales MF

Colaboradores: Dr. M. Janette Ruiz Marizcal RME

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo #1 Nombre, dirección, relación y firma

Testigo #2 Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

(ANEXO 2)

ESCALA DE EVENTOS CRÍTICOS DE THOMAS HOLMES

1.	Muerte de cónyuge	100
2.	Divorcio	73
3.	Separación matrimonial	65
4.	Cumplimiento de una condena de cárcel	63
5.	Muerte de un familiar cercano	63
6.	Lesión o enfermedad personal	53
7.	Matrimonio	50
8.	Despido de trabajo	47
9.	Desempleo	47
10.	Reconciliación matrimonial	45
11.	Jubilación	45
12.	Cambios en la salud de algún miembro de la familia	44
13.	Drogadicción y/o alcoholismo	44
14.	Embarazo	40
15.	Dificultades o problemas sexuales	39
16.	Llegada de un miembro a la familia	39
17.	Ajustes en los negocios	39
18.	Cambios en la situación económica	38
19.	Muerte de un amigo íntimo	37
20.	Cambio a un trabajo distinto	36
21.	Mala relación con el cónyuge	35
22.	Juicio por hipoteca o préstamo	30
23.	Cambio en las responsabilidades en el trabajo	29
24.	Hijo o hija que deja el hogar	29
25.	Problemas legales	29
26.	Logro personal notable	28
27.	La esposa comienza o deja de trabajar	26
28.	Comienzo o final de la educación escolar	26
29.	Cambios en las condiciones de vida	25
30.	Revisión de los hábitos personales	24
31.	Problemas con el jefe en el trabajo	23
32.	Cambio en las horas o de condiciones de trabajo	20
33.	Cambio de residencia	20
34.	Cambio de colegio	20
35.	Cambio de las actividades de ocio	19
36.	Cambio en las actividades religiosas	19
37.	Cambio en las actividades sociales	18
38.	Cambio en el hábito de dormir	17
39.	Cambio en el número de reuniones familiares	16
40.	Cambio en hábitos alimenticios	15
41.	Vacaciones	13
42.	Navidades	12
43.	Leves regresiones de la ley	11
Puntos		

(ANEXO 3)

HGZ IV No. 8 IMSS
Escala de depresión geriátrica GDS-15 Yesavage

Edad _____

Género: Masculino

Femenino

Estado civil: _____

Vive solo: SI

NO

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?	NO	SI
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3. ¿Siente usted que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se aburre usted a menudo?	SI	NO
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	NO	SI
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	SI
8. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	NO	SI
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?	SI	NO
11. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI	NO
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?	SI	NO
13. ¿Se siente usted con mucha energía?	NO	SI
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable?	SI	NO
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?	SI	NO

Puntuación _____

0-5

6-9

+10

(ANEXO 4)

Polifarmacia

Enfermedad	Tiempo de evolución	Medicamentos

Otros: _____

(ANEXO 5)

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Orientación temporal

¿Qué día de la semana es hoy?	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	(día exacto)
¿Qué fecha es hoy?	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	(se acepta error de 1 día)
¿En qué mes estamos?	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	(bien si el mes cambiará en 1 día)
¿En qué año estamos?	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	(año exacto)
¿En qué estación del año estamos?	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	(bien si cambiará en 1 semana)

Orientación espacial

¿En qué lugar estamos?	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
¿En qué piso estamos?	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
¿En qué ciudad estamos?	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
¿En qué región estamos?	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
¿En qué país estamos?	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>

Fijación

Voy a decir 3 palabras, repítalas cuando yo termine (máximo 20 segundos, orden de respuesta irrelevante)

Pelota	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
Bandera	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
Árbol	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>

Atención y cálculo

Si tiene 30 pesos y va gastando de 3 en 3, ¿cuánto le va quedando?

30-3= 27	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
27-3=24	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
24-3=21	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
21-3=18	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
18-3=15	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>

Memoria de evocación

Dígame cuales fueron las palabras que le pedí que no olvidara

Pelota	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
Bandera	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
Árbol	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>

Nominación

Mostrar dos objetos (máximo 20 segundos)

Lápiz	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
Reloj	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>

Repetición

Me gustaría que repitiera esta frase después de mí:

“ En un trigal había 5 perros”

0

1

Comprensión

Tome este papel con su mano derecha/izquierda (no dominante), dóblelo por la mitad una vez con ambas manos y ponga el papel sobre sus rodillas

Tome el papel con la mano derecha

0

1

Doble el papel por la mitad

0

1

Póngalo sobre sus rodillas

0

1

Lectura

Muestre al paciente un papel con la orden” CIERRE LOS OJOS” escrita obre él. Cumpla la orden escrita en este papel

El paciente cierra los ojos

0

1

Escritura

En una hoja de papel solicite al paciente que escriba una frase

El gato come comida

0

1

Dibujo

Copie el dibujo (falta de inserción es 0)

Paciente copia el dibujo aceptable

0

1

Puntuación_____