



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA EN
BAJA CALIFORNIA
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA CON MEDICINA FAMILIAR NO.7



CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

TESIS DE POSGRADO:

“Frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados, en adultos mayores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 7 de Tijuana, B.C”

No. Del Registro del CLIS:
R-2023-204-041

Tesista

Yameel Alvarado Oseguera

Investigador Responsable

Dra. Asbeidí Olazarán Gutiérrez

Investigador Asociado

MPS. Cinthya García Meraz

Tijuana Baja California, 28 de Noviembre del 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 CE 02 004 049
Registro COMBOÉTICA COMBOÉTICA 02 CEI 004 2016061

FECHA Viernes, 10 de marzo de 2023

Mtra. Asbeidi Olazarán Gutiérrez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados, en adultos mayores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 7 de Tijuana, B.C** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2023-204-041

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 SALUD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A dios por iluminar mi camino, todo este tiempo.

A mis padres Manuel Alvarado y Yolanda Oseguera, y mi Hermana Yareel Alvarado por ser mi motor, mi fuerza, mi apoyo constante, mi motivación, mi refugio, lo más importante en mi vida, sin ellos nada de esto sería posible.

A todos los Maestros y Doctores de la Residencia, por su paciencia y enseñanzas en este camino recorrido, me llevo un gran conocimiento en todos los ámbitos, para poderme desarrollar como un buen Medico Familiar.

A mis compañeros de residencia por estos 3 años de compañerismos, apoyo y convivencia, me hicieron más fácil y ameno este camino por recorrer. Me llevo grandes experiencias, recuerdos, vivencias y grandes amigos.

ÍNDICE

1. TITULO.....	Pág. 5
2. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES.....	Pág. 6
3. RESUMEN.....	Pág. 7
4. MARCO TEÓRICO.....	Pág. 8
5. JUSTIFICACIÓN.....	Pág. 13
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	Pág. 14
7. OBJETIVOS.....	Pág. 15
7.1 Objetivo general.....	Pág. 15
7.2 Objetivos específicos.....	Pág. 15
8. HIPOTESIS.....	Pág. 16
8.1 Hipótesis de Trabajo	Pág. 16
8.2 Hipótesis Nula.....	Pág. 16
9. MATERIAL Y MÉTODOS.....	Pág. 17
9.1 Diseño del estudio	Pág. 17
9.2 Lugar de realización.....	Pág. 17
9.3 Periodo de realización y recolección.....	Pág. 17
9.4 Población de estudio	Pág. 17
9.5 Tipo y tamaño de muestra	Pág. 17
9.6 Criterios de Inclusión, Exclusión, Eliminación.....	Pág. 18
9.7 Descripción General de la investigación.....	Pág. 18
9.8 Análisis estadístico.....	Pág. 20
9.9 Operalización de variables.....	Pág. 21
10. ASPECTOS ÉTICOS.....	Pág. 22
11. RECURSOS MATERIALES, HUMANOS, FINANCIAMIENTO.....	Pág. 24
12. RESULTADOS.....	Pág. 25
13. DISCUSION.....	Pág. 34
14. CONCLUSION.....	Pág. 37
15. ANEXOS.....	Pág. 38
Anexo 1. Cronograma de actividades.....	Pág. 38
Anexo 2. Carta de no inconveniente del director.....	Pág. 39
Anexo 3. Consentimiento informado.....	Pág. 40
Anexo 4. Instrumento.....	Pág. 42
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág. 44

1. TITULO

Frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados, en adultos mayores
atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 7 de Tijuana, B.C

2. IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES

1. Investigador Responsable

Dra. Asbeidí Olazarán Gutiérrez

Matrícula 99029162

MNF Epidemióloga / Líder de equipo de Supervisión

Coordinación de prevención y Atención a la Salud (CPAS)

664 2044199

asbeidi.olazaran@imss.gob.mx

2. Investigador Asociado

M.S.P. García Meraz Cinthia Liliana

Matrícula 99029560

Enfermera Especialista en Medicina Familiar

Hospital de Ginecoobstetricia con Unidad de Medicina Familiar No.7

664 375 5944

Cinthia.garmer@gmail.com

3. Tesista

Dra. Yameel Alvarado Oseguera

Matricula 97023462

Residente de Medicina Familiar

Hospital de Ginecoobstetricia con Unidad de Medicina Familiar No.7

2do Retorno Miracielo #14133, Otay Altabrisa, Tijuana BC

664 354 3252

yameel_95@hotmail.com

4. Lugar donde se llevará a cabo el estudio

Hospital de Ginecoobstetricia con Unidad de Medicina Familiar No. 7

Dirección: Boulevard Agua Caliente 802, Aviación, 22420 Tijuana, B.C.

Teléfono: 664 972 9850

3. RESUMEN

Frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados, en adultos mayores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 7 de Tijuana, B.C

Olazarán-Gutiérrez A.¹, Meraz-García C.², Alvarado-Oseguera Y.³

1. Investigador Responsable, 2. Investigador Asociado, 3. Tesista.

Introducción: La depresión es un trastorno del estado de ánimo en el que las personas, manifiestan tristeza, llanto fácil, aislamiento, distracción, agitación e ideas suicidas, entre otras. Se sabe que la prevalencia en el adulto mayor es alta, 10-30%, impactando en su calidad de vida y provocando un problema de salud a nivel mundial. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados, en adultos mayores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 7 de Tijuana, B.C. **Material y métodos:** Estudio Cuantitativo, de tipo observacional, transversal y Correlacional, con muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó la escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage. En el análisis estadístico: X^2 , OR (IC95%) y la significancia estadística con $p < 0.05$. **Resultados:** Se aplicó el instrumento a 203 pacientes >60 años, respecto a la depresión se obtuvo 87% (177) sin depresión y el 13% (26) con depresión, en factores de riesgo asociados hubo significancia estadística en el estado civil $p = 0.016$ y percepción del apoyo familiar $p = 0.000$, en el resto de las variables no hubo significancia que fueron sexo, edad, escolaridad, ocupación y comorbilidades. **Conclusión:** En este estudio se determinó la frecuencia de la depresión en los pacientes adultos mayores y se encontró relación importante con los factores de riesgo (estado civil y percepción del apoyo familiar), en los pacientes que padecían depresión, el resto sin asociación. **Recursos, Financiamiento, Factibilidad, Aspectos Éticos:** Es factible en cuanto a tiempo, recursos humanos, físicos y financieros; se apegó a lo establecido por el Comité Local de Investigación en Salud y Ética, fue una investigación con riesgo mínimo. Se desarrolló en un lapso de un año, se protegió la confidencialidad de la información y los resultados fueron reportados a la autoridad correspondiente. **Factibilidad:** Fue un estudio factible, no hubo limitaciones para su realización.

Palabras Claves: Depresión, adulto mayor, envejecimiento.

4. MARCO TEÓRICO

El término “vejez” proviene del latín *vetus*, que a su vez se deriva de la raíz griega *etos*, que significa “añejo” o “años”. La mayoría de las personas relaciona la vejez con el tiempo acumulado de vida o como señal del tiempo transcurrido.¹ Esta época es la de mayor fragilidad afectiva en el ser humano, no solo a sus emociones sino también a su condición física y a su atención social.²

El envejecimiento se asocia a pérdida de la reserva neuronal, disminución del flujo sanguíneo cerebral, lenta conducción nerviosa, mala coordinación psicomotriz, alteraciones en la capacidad para resolver problemas complejos y pérdida de la memoria reciente.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el 2015 ha considerado como Personas Adultas Mayores (PAM) a toda persona mayor de 60 años para los países en desarrollo. Por otra parte la clasifica por edad como: adulto mayor (o anciano joven) de 60 a 74 años, anciano de 75 a 90 años y anciano longevo a partir de los 90 años.⁴

Las PAM como todo ser humano, pasan por la etapa de crecimiento en la cual los sistemas biológicos pierden eficiencia (envejecimiento), y al ser acompañada por una serie de situaciones conflictivas como enfermedades crónicas, jubilación, poli patologías, entre otras, coadyuvan a que las PAM sufran reacciones afectivas negativas, como depresión. Por tal motivo, se encuentra a la depresión como uno de los síndromes geriátricos más importantes que afecta a la población mayor.⁴

En el año 2011, en el IMSS se señaló que los trastornos mentales en PAM abarcaron un 12.3%, siendo la depresión el trastorno mental más común y una de las principales causas de discapacidad que puede derivar a la autodestrucción, adicciones y al suicidio.⁴

La depresión, es un trastorno mental, caracterizado por el conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la capacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. Es el estado afectivo caracterizado

por la disminución del ánimo; que es vivida como un sentimiento de tristeza, soledad, desesperación, pesimismo, sentimientos de culpa, desvalorización, quejas de orden somático como insomnio, pérdida de apetito, disminución de la conducta motora y dificultades cognitivas. El paciente con depresión pierde el interés de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades, inclusive de comportarse adecuadamente desde el punto de vista social. Se asocia además con disminución de la capacidad funcional, con peor evolución del estado de salud, de la calidad de vida, y aumento de costos relacionados al cuidado de la salud. ^{4,5}

La depresión al ser el trastorno de ánimo más frecuente en el adulto mayor y un importante problema de salud, cuya prevalencia entre los adultos mayores oscila en un rango de 10-30% para trastornos depresivos en general, y de 1 a 5% para depresión mayor. ⁶ También es considerada una de las causas prevenibles y tratables de este envejecimiento patológico que provoca. ⁷

La prevalencia de depresión en el adulto mayor por lo tanto es alta, y esta varía de acuerdo al tipo de población y al desarrollo de los países, a nivel general se estima en 13,5%.⁸ Hablando de este trastorno en específico en los adultos mayores mexicanos, se ha estimado una prevalencia de 18%.⁹

Se han descrito múltiples factores de riesgo en el adulto mayor, pero la depresión se asocia principalmente con factores socioambientales y comorbilidad, lo que sugiere la necesidad de detectarlas en la depresión. Algunos de los diversos factores de riesgo son: soledad, desamparo filial, pérdida de roles, bajo apoyo social, improductividad económica, falta de convivencia, inactividad física, dependencia económica, sexo femenino, pluripatología, polimedicación, pérdidas afectivas y falta de pareja sentimental. ¹⁰

Este estudio fue parte de una investigación llamada EpiFloripa 2009, en Brasil en población con diagnóstico de depresión se observó que es más común en mujeres, con bajo ingreso, sin pareja o viudos y con la presencia de una o más enfermedades crónicas. En él se concluyó que la prevalencia de la depresión es mucho mayor entre las personas con mayor carga de enfermedades crónicas. En otro estudio que se realizó en Bolivia, en el 2010, se encontró que existía mayor frecuencia en

presencia de comorbilidad (patológicas crónicas) así como asociación con el sexo femenino, la edad y la inactividad laboral. ¹¹

Con todo esto se ha detectado que la ideación suicida ocurre en la persona adulta mayor cuando no logra resolver los problemas en su vida como los previamente comentados; por lo cual aparecen una serie de síntomas clínicos relacionados con la depresión, y tienen una estrecha relación. ¹²

Entre los trastornos médicos relacionados con la depresión en el adulto mayor se pueden citar algunos como: Las enfermedades neoplásicas, enfermedades cardiovasculares, trastornos endocrinos, trastornos neurológicos, enfermedades metabólicas y/o de la nutrición, infecciones (hepatitis, VIH, herpes zoster), abuso de alcohol, cocaína u otras drogas ilícitas y efectos adversos de algunos fármacos (antihipertensivos) ¹³

La enfermedad física y la depresión no necesariamente es una relación directa, ya que la depresión puede desencadenarse a causa del malestar y la discapacidad provocada directamente por alguna enfermedad en particular o, incluso, por el deterioro físico y sensorial asociado al envejecimiento. Se han observado que ciertas enfermedades médicas tales como enfermedad de Parkinson, infarto, accidente cerebrovascular, trastornos endocrinos, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, enfermedades infecciosas. Pueden causar depresión o incrementar la severidad de síntomas depresivos, ya presentes. ¹⁴

La senectud es una etapa de la vida en la que interactúan diversos factores: biológicos, sociales y psicológicos que pueden conllevar a un envejecimiento saludable o exitoso, o a un envejecimiento patológico. ¹⁵

Es de destacar que, a medida que aumenta la población de personas mayores, también aumenta la prevalencia de patologías en la vejez, como las enfermedades neurológico-degenerativas y la depresión. ¹⁶

Es preciso saber que esta enfermedad puede desarrollarse en cualquier etapa de la vida de las personas y no es exclusiva de la vejez, no obstante, la población de

personas mayores de 60 años se considera uno de los grupos más vulnerados por este padecimiento. ¹⁷

ANTECEDENTES

Según cifras de la Organización Mundial de Salud (OMS), Más de 350 millones de personas de todas las edades sufre de depresión globalmente. En Europa 1 de cada 5 personas padecerán de algún tipo de trastorno depresivo siendo la Depresión mayor el trastorno psiquiátrico más común en ese continente con hasta un 17 % de prevalencia. En América Latina y el Caribe la depresión la padece 5% de la población adulta. En Latinoamérica, en 1950, había 5.5 millones de adultos mayores y esta cifra se incrementó a más de 50 millones en el 2006. Esto sugiere una duplicación en menos de 25 años por lo que se estima que habrá 100 millones en el 2025 y casi 200 millones en el 2050. ¹⁸

A nivel de República Mexicana el INEGI ha registrado desde el año 1994 un total de 2603 defunciones secundarias a suicidio hasta el año 2019 donde se registraron 7,223 defunciones, observándose un aumento progresivo con el paso de los años de las defunciones secundarias a este trastorno. ¹⁹

El estudio EURODEP (estudio europeo de la depresión en mayores que viven en la comunidad), reportó los siguientes resultados en cuanto a prevalencia de depresión: 8,8% en Islandia, 23,6% en Alemania, Suecia de 12 a 14% y en Taiwán 21.2 %. En el mismo contexto, en Brasil se estima que el 26% de los ancianos que viven en la comunidad presentan síntomas clínicamente significativos y el 7% tiene depresión mayor. La prevalencia de depresión oscila entre el 1% al 38.6%, cuando se adoptan medidas de cribado. ^{13, 20}

La depresión era la tercera causa de discapacidad a nivel mundial en el 2004, afectando más mujeres (13,4%) que hombres (8,3%). En los varones blancos, el suicidio es 45% más frecuente entre los de 65-69 años, más del 85% entre los de 70-74 años, y más de tres veces y media entre los de 85 años o de mayor edad. En Latinoamérica los datos de prevalencia en el adulto mayor también son variados, en México varía entre 26% y 66%; un estudio en población marginal reportó depresión

de 60%. En otro estudio hasta el 2005, la prevalencia fue de 5.8% en las mujeres, y 2.5% en los hombres, incrementándose con la edad. Sin embargo otros estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, la incidencia de casos nuevos por años es de aproximadamente 15%. ^{11, 13, 20}

Hablando sobre los factores de riesgo que pueden presentar los pacientes en riesgo de depresión, encontramos los siguientes datos: El estudio ELSA (English Longitudinal Study of Ageing), realizado en 4454 pacientes diabéticos adultos mayores, demostró asociación entre depresión-diabetes. ²⁰ A nivel mundial, se estima que más de 285 millones de adultos padecen de diabetes. En los países desarrollados, la mayoría de personas con diabetes son adultos mayores de 65 años. Se ha estimado que la prevalencia de depresión se duplica en adultos mayores que padecen de diabetes, en comparación con adultos mayores sanos. Esta prevalencia oscila entre el 3 y 30%. ^{21, 22}

En México, los pacientes con diabetes tenían una tasa alta de comorbilidad con depresión (39%), con mayor prevalencia en las mujeres, las personas viudas o divorciadas y quienes tenían niveles más altos de glucosa. ^{21, 22}

En otro estudio realizado en Colombia, se encontró una prevalencia de depresión en pacientes con y sin hipertensión de 17,4 y 12,6%. En los pacientes hipertensos el 22,2% fue diagnosticado con depresión posteriormente. ²³ Por otro lado, la depresión es la alteración más frecuente en las personas diagnosticadas con cáncer. Según el National Cancer Institute (NIC) estima que la depresión afecta entre un 25-35 % de los pacientes, a veces no reconocida ni tratada. ²⁴

En México, estos padecimientos ocupan el cuarto lugar en complicaciones médicas, y la depresión es uno de los más frecuentes. Según datos obtenidos en el INEGI con un corte en el 2019, menciona que Yucatán es el estado con mayor prevalencia de suicidios secundaria a un trastorno depresivo con un 27.6%, seguido de Aguascalientes 21.5%, Campeche 21.3%, Coahuila 18.8%, así sucesivamente hasta Baja California siendo el antepenúltimo estado con 4.9%. ²⁵

5. JUSTIFICACIÓN

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes que afecta a la población en general. Pertenece a uno de los síndromes geriátricos a evaluar en el adulto mayor, y tiene una repercusión importante a nivel personal, familiar y social, por el estado de ánimo en el cual se encuentra el paciente.

Se presenta asociado a múltiples causas como la edad, la viudez, jubilación, pérdida de la funcionalidad por enfermedades, patologías de base entre otros factores asociados y que repercuten en todo el entorno del paciente.

Impidiéndole un adecuado desenvolvimiento, una convivencia o interacción con la familia o el entorno. Optan por el constante aislamiento tanto social como familiar.

Así mismo la prevalencia de la depresión se incrementa con la edad del paciente, y con el acumulo de factores que pueden atribuirse. De esta forma el paciente geriátrico predispone a una mayor necesidad de apoyo familiar y recursos sociosanitarios. No existen muchos estudios de investigación previos donde se hable sobre las causas de la depresión o los factores asociados, es más sobre la depresión y su impacto: como el suicidio, la calidad de vida, por eso es importante esta investigación.

Además actualmente en la unidad de medicina familiar No. 7 de Baja California no se cuenta con estudios relacionados con la depresión en adultos mayores.

Por lo que es importante conocer la frecuencia de depresión y los factores de riesgo asociados que existe en la población que atiende esta unidad de medicina familiar No. 7 y realizar el diagnóstico de este trastorno con el propósito de orientar, canalizar y en lo posible tratar aquellas condiciones que pongan en riesgo la integridad del adulto mayor a consecuencia de esta patología.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión en personas mayores de 60 años tiene una alta prevalencia y produce un impacto negativo en la calidad de vida, esto se conoce por las cifras a nivel mundial y nacional reportadas por la OMS.

Los adultos mayores deprimidos, muestran menos ánimo, más ansiedad y más quejas somáticas que los jóvenes con la misma patología. Esto debido a múltiples causas por las que ellos pudieran estar pasando.

En la etapa del adulto mayor, se producen cambios graduales y progresivos que con el paso del tiempo llevan a la persona al final de la vida, el bienestar durante este periodo es directamente proporcional con el estilo de vida que la persona haya llevado, la presencia o no de patologías, situaciones ajenas a ellos y de cómo el individuo afronte el envejecimiento desde el punto de vista psicológico, (como la pérdida de la funcionalidad, la viudez y la jubilación).

Por tal motivo la depresión en este grupo de edad es de suma importancia, y debemos diagnosticarla oportunamente, brindar un tratamiento y apoyo, para de esa forma mejorar la calidad de vida en estos pacientes, disminuir la demanda de los servicios de salud y evitar las complicaciones de esta patología. En base a la revisión de nuestro marco teórico; en la bibliografía consultada, no se encontraron estudios de investigación a nivel nacional y local, donde se mencione, cuáles son esos factores que están asociados a la presentación de depresión en el adulto mayor. Ante este panorama, donde no existen estudios de investigación sobre los factores de riesgo asociados a depresión, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados, en adultos mayores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 7 de Tijuana, B.C.?

7. OBJETIVOS

Objetivos General

Determinar la frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados, en adultos mayores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 7 de Tijuana, B.C

Objetivos Específicos

- Identificar la frecuencia de depresión en adultos mayores, por medio de la encuesta de Depresión Geriátrica Yesavage.
- Conocer la proporción de depresión con respecto al sexo (masculino/femenino), por medio de la encuesta de Depresión Geriátrica Yesavage.
- Informar la edad predominante de depresión en adultos mayores, por medio de la encuesta de Depresión Geriátrica Yesavage.
- Identificar la frecuencia de las comorbilidades presentes en los adultos mayores, por medio de la encuesta de Depresión Geriátrica Yesavage.
- Determinar los factores sociodemográficos que se asocian con la presencia de depresión, por medio del análisis estadístico.
- Establecer la asociación de las comorbilidades con la depresión por medio del análisis estadístico.

8. HIPÓTESIS

Hipótesis

Ha1. Existe asociación entre la depresión en el adulto mayor y la presencia de comorbilidades.

Hipótesis Nula

Ho1. No existe asociación entre la depresión en el adulto mayor y la presencia de comorbilidades.

9. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio:

- Fue un estudio con enfoque Cuantitativo, de tipo observacional, correlacional y transversal.

Lugar de realización:

Esta investigación se llevó a cabo en el Hospital de Gineco-obstetricia con Medicina Familiar No.7 (HGO/UMF No. 7), ubicado en la Calle Francisco Cárdenas 802, Colonia Aviación, es un hospital de primer nivel, que presta atención a población adscrita al Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana Baja California. El Hospital cuenta con consulta familiar, atención médica continua, urgencias obstétricas, tococirugía, hospitalización ginecológica, áreas de laboratorio, radiología, farmacia, módulo de medicina preventiva y cada área cuenta con su sala de espera. Esta unidad es accesible para que la población pueda llegar por transporte público, propio y en ambulancias.

Periodo de realización:

- Marzo – Noviembre 2023

Periodo de recolección de muestras:

- Abril – Junio 2023

Población de estudio:

- Pacientes derechohabientes mayores de 60 años pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 7 de Tijuana Baja California.

Tipo y tamaño de muestras:

- Es un muestreo no Probabilístico, con técnica de muestreo por conveniencia. Se determinó el tamaño de muestra para cálculo de proporciones con la siguiente formula, la cual se sustituye:

$$n = \frac{Z_{\alpha^2} \times p \times q}{d^2}$$

Dónde:

N es el total de la población → 18,724 (Último corte abril 2021)

Z_{α^2} es 1.962 si la seguridad deseada es del 95 % → 0.95

p es la proporción esperada (en este caso 5 % o 0.05) → 0.05

q = 1-p (en este caso 1-0,05=0,95) → 0.95

d es la precisión (en este caso se desea un 3 %) → 0.03

Sustitución /Prevalencia 5%

$N = 18724 \times 3.8416 \times 0.05 \times 0.95 // 0.0009 \times (18724-1) + 3.8416 \times 0.05 \times 0.95$

$n = 18724 \times 3.84 \times 0.05 \times 0.95 = 3415.25$

$n = 16.85+0.18 = 17.03$

$n = 3415.25/17.03 = 200.5 \rightarrow 203$

Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores de 60 años.
- Independientemente del sexo.
- Que acudieron a la consulta externa de la UMF No. 7
- Pacientes que aceptaron y firmaron consentimiento informado para participar en este estudio, pertenecientes a la UMF No. 7.

Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores con diagnóstico de demencia senil, o cualquier otro trastorno mental de tipo psiquiátrico que impida su realización.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que deciden abandonar o retirarse del estudio.

Descripción General de la investigación:

Con previa autorización del Comité de Ética e Investigación Local numero 204 (CLIES 204), se solicitó el permiso de las autoridades correspondientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 07, en Tijuana Baja California, para la aplicación de la escala de Depresión Geriátrica Abreviada Yesavage, en mayores de 60 años, para determinar la frecuencia de depresión en adultos mayores y los factores asociados. La investigación se llevó acabo en la consulta externa de Medicina Familiar No.7 del IMSS en Tijuana, Baja California, donde se captó a los derechohabientes que se encontraban en el área de espera, posterior a presentarnos con el paciente, se le interrogo su edad y al cumplir con ser mayor de 60 años, se le invito a participar en el estudio.

Los pacientes que aceptaron participar en el estudio, fueron llevados de manera individual, a un consultorio que previamente fue autorizado y asignado por jefatura de consulta, donde se explicó, la justificación, objetivos, beneficios y otros puntos relacionados con la investigación, tuvieron la libertad de elegir participar o retirarse del estudio en el momento que lo decidieran. Posteriormente firmaron un consentimiento informado, con las principales características, beneficios y motivos del estudio. Y se procedió a contestar la encuesta y obtener la información necesaria de los pacientes.

Se leyeron una por una las preguntas y asimismo el paciente dio la respuesta de manera verbal, hasta completar y obtener un resultado. En el momento que se identificó un puntaje positivo para depresión, se notificó al paciente de ello y se procedió a gestionar una cita con su Médico Familiar, donde se informó de los resultados, para su adecuada valoración y de requerirlo indicar tratamiento o referirlo a un segundo nivel o psicología. A los pacientes que salieron con un resultado normal en la encuesta se les derivo a Trabajo Social, para el Grupo PASS y Envejecimiento Activo PrevenIMSS, para continuar con un envejecimiento activo y saludable, en el centro de seguridad social.

Como protección de la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección no tiene nombre ni dirección, a cada sujeto se le asignó un folio.

Para el diagnóstico de depresión, se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada (GDS, Yesavage 1986), un instrumento de tamizaje que tiene una sensibilidad del 97% y una especificidad de 85% para detectar depresión. Además de que posee validez y confiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0.84, diseñado para población adulta. La versión corta o abreviada consiste en 15 preguntas, con respuestas dicotómicas (Sí o No). Se establecen puntos de corte de 0-5 puntos que representan “sin depresión”; de 6-9 puntos “depresión leve” y de 10-15 puntos “depresión establecida”. Las respuestas del instrumento se introdujeron en el programa Excel en donde se obtuvo la puntuación necesaria para clasificar los grados de depresión. Como parte de la investigación, se anexo a la herramienta antes descrita, un cuestionario que recabo datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación), así como patologías base que presenta y la percepción del apoyo familiar.

Análisis Estadístico

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 25.0, para la captura y tratamiento de los datos. Para variables numéricas se utilizó medidas de tendencia central y gráficas, para variables categóricas proporciones y tablas de frecuencias.

Se utilizó Razón de momios (OR) con Intervalo de Confianza del 95% (IC 95%), para el nivel de asociación entre 2 eventos (Factor de riesgo y afección = Depresión) y para el análisis bivariado se utilizó chi cuadrada.

En todos los casos, el nivel de significancia establecido en $p < 0.05$. Los resultados se manejaron en porcentajes, gráficas y tablas de frecuencia, determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado.

Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador	Clasificación causas – efecto
Depresión	Se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza y desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades.	Trastorno del estado de ánimo	Cualitativa Ordinal	1. Normal (0-5) 2. Depresión (6-15)	Dependiente
Edad	Intervalo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento a la fecha actual	Años cumplidos al momento de la entrevista	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos	Independiente
Sexo	Condición por la que se diferencian en la naturaleza los machos y hembras.	Características fenotípicas, identifican hombre y mujer.	Cualitativa Nominal	Hombre Mujer	Independiente
Ocupación	Es una actividad, realizada a cambio de un pago. Es un trabajo, es el que hacer, de una profesión.	Trabajo Laboral Asalariado	Cualitativa Nominal	Desempleado Empleado	Independiente
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio, que establece ciertos derechos y deberes.	Situación legal, en ciertas condiciones de una persona.	Cualitativa Nominal	Soltero Unión Libre Casado Divorciado Viudo	Independiente
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Periodo o Niveles educativos	Cualitativa Ordinal	Primaria Incompleta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Ninguno	Independiente
Patologías Base	Múltiples enfermedades, que son Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo.	Múltiples enfermedades de una persona.	Cualitativa Nominal	Ninguna Diabetes Mellitus tipo2 Hipertensión Arterial Hiperplasia Prostática Dislipidemias Discapacidad EPOC Asma Parkinson Epilepsia Toxicomanías	Independiente
Percepción del Apoyo Familiar	Engloba todo aquello que los miembros de una familia hacen los unos por los otros.	Percepción de la PAM, sobre el apoyo de su familia ante la necesidad.	Cualitativa Nominal	Muy Buena Buena Mala Muy mala	Independiente

10. ASPECTOS ÉTICOS

La siguiente investigación se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud.

Como se menciona en su título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. El presente estudio se clasifica como una investigación con riesgo mínimo con base en lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17, numeral II, ya que los participantes en la investigación, solo aportan datos a través de encuestas, lo que no ocasiona daños físicos, mentales o de otra índole. Además se contó con el consentimiento informado de cada participante, donde ellos autorizaron su participación. Se realizó por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano. Todo esto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación No.2048 y Comité Local de Investigación en Salud 204.

De acuerdo con la declaración de Helsinki (1964), se respetó la integridad física y mental de los sujetos considerados en el estudio, donde solo se realizó un cuestionario, utilizando la información solamente con fines de análisis estadístico y académico, salvaguardando la privacidad de cada uno de los mismos.

Los resultados fueron reportados a la autoridad correspondiente y a cargo de la atención en la unidad de salud, sin comprometer la integridad de la persona, y manteniendo la confidencialidad que esto merece.

En este protocolo el beneficio fue poder identificar en forma oportuna la presencia de algún factor de riesgo para depresión y en el caso de aquellos pacientes que fueron detectados con depresión, fueron canalizados con su médico familiar para posteriores evaluaciones médicas y atención oportuna, explicando ampliamente al paciente su condición clínica.

Las encuestas tienen un folio para cuidar la privacidad de la información, los datos fueron resguardados por el investigador principal para mantener la confidencialidad de la información, realizando el resguardo de las encuestas en un sitio bajo llave donde solo tiene acceso el investigador y asesorará responsable, para el análisis de los datos.

En caso de publicación o presentación en algún foro, se evitarán aquellos datos que sean sensibles y tengan la potencialidad de que los pacientes pudieran ser identificados.

11. RECURSOS HUMANOS, FINANCIERO Y MATERIALES

Se cuenta con los Recursos Humanos:

- Investigador Responsable: Dra. Asbeidí Olazarán Gutiérrez, es MNF Epidemióloga, ahorita como Líder de equipo de Supervisión, adscrita a la Coordinación de prevención y Atención a la Salud (CPAS) en Baja California.
- Investigador Asociado: M.S.P. García Meraz Cinthia Lilliana, Enfermera Especialista en Medicina Familiar, adscrita al Hospital de Ginecoobstetricia con Unidad de Medicina Familiar No.7 en Tijuana, Baja California.
- Tesista: Dra. Yameel Alvarado Oseguera, Residente de Medicina Familiar, adscrita al Hospital de Ginecoobstetricia con Unidad de Medicina Familiar No.7 en Tijuana, Baja California.

Se cuenta con los Recursos físicos y materiales:

- Área física: Infraestructura e inmuebles propiedad del IMSS, pertenecientes al Hospital de Ginecoobstetricia con Unidad de Medicina Familiar No.7 en Tijuana, Baja California.
- Formatos de recolección de la información: Consentimientos Informados y las Encuestas.
- Papelería: Computadora portátil, Lápiz, plumas, borrador, sacapuntas, Hojas Blancas, Engrapadora, grapas, Sello foliador, Impresiones encuestas, Impresión de tesis, programa estadístico SPSS versión 26.

Financiamiento:

- Fue provisto por el tesista.

Factibilidad:

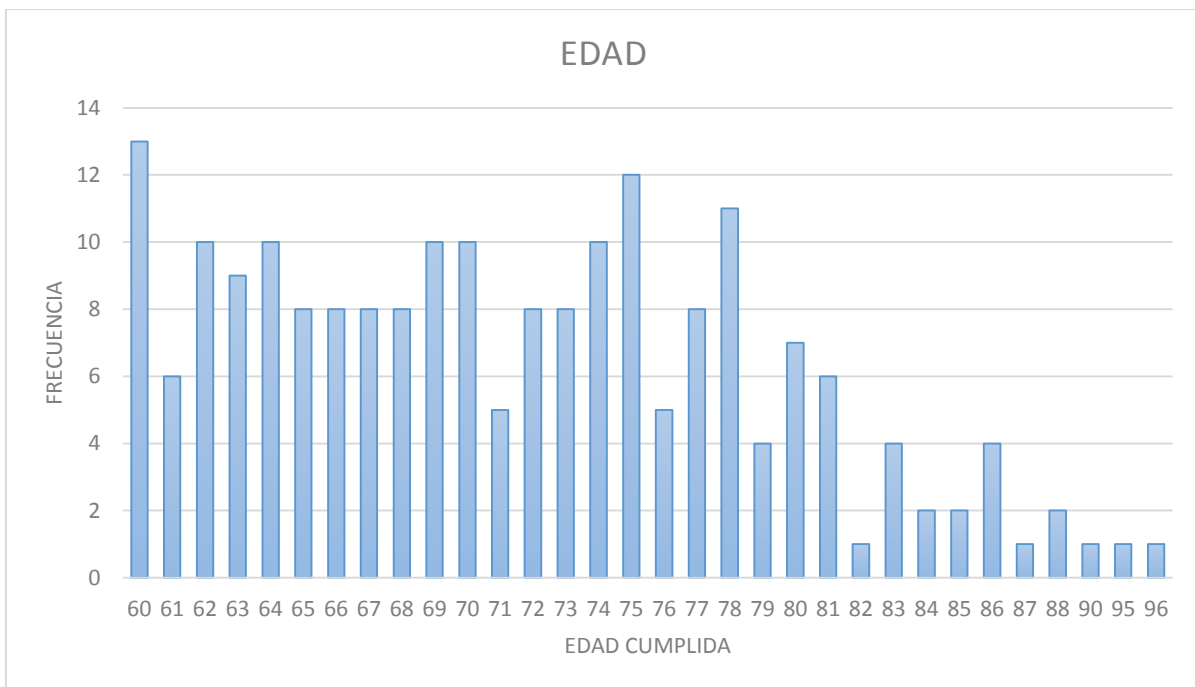
- Esta investigación fue factible en cuanto a los aspectos éticos, al tiempo, a los recursos humanos, físicos y financieros.

12. RESULTADOS

De acuerdo con los datos recabados a lo largo de esta investigación, se obtuvieron los siguientes resultados:

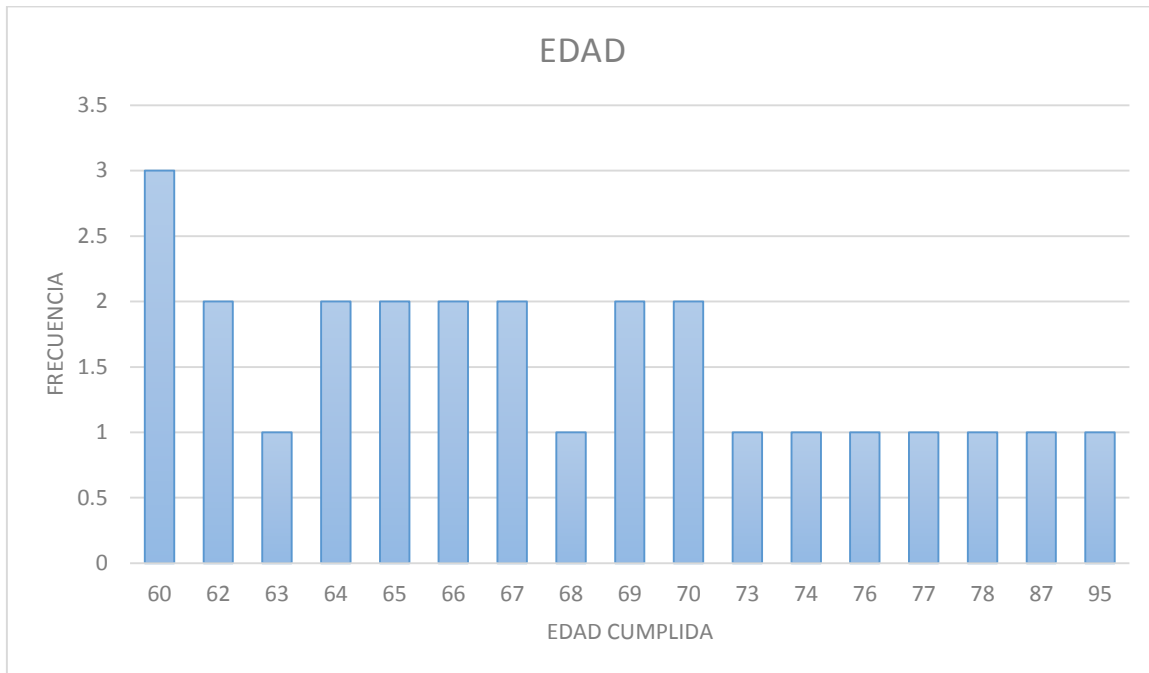
La población de estudio estuvo conformada por 203 pacientes. La edad mínima fue de 20 años y máxima de 96 años, con una mediana 71 años, con una moda 60 años y una desviación estándar de 7.761 (Grafica 1).

Grafica 1. Frecuencia de la Edad en la Población de estudio.



En cuanto a la frecuencia de la depresión por la edad del paciente, fueron 26 pacientes con depresión de los cuales encontramos que la mínima edad fue de 60 años y la máxima reportada es de 95 años. En cuanto a la edad de mayor frecuencia tenemos que es a los 60 años, donde mayor casos se tuvo de depresión, siendo 3 casos, posteriormente los 62, 64, 65, 66, 67, 69 y 70 años con una frecuencia de 2 casos en cada edad y por ultimo 63, 68, 73, 74, 76, 77, 78, 87 y 95 años con una frecuencia de 1 caso en cada edad respectivamente (Grafica 2).

Grafica 2. Frecuencia de Depresión por la Edad en los pacientes estudiados.



De los 203 pacientes, la variable sexo el 60% (123) fue de los pacientes del sexo femenino y 40% (80) del sexo masculino.

Respecto a la variable estado civil, se pudo observar que de la población total el 47% (96) estaba casado(a), el 26% (52) se encontraba viudo(a), el 12% (24) se encontraba soltero, el 8% (16) se encontraba divorciado(a) y por último el 7% (15) se encuentra en unión libre.

De acuerdo con la variable de la escolaridad, el 16.3% (33) no tenía ningún nivel de estudios, el 28.1% (57) tenía una primaria completa, el 25.1% (51) tenían una primaria incompleta, el 8.9% (18) tenían una secundaria completa, el 5.9% (12) tenían una secundaria incompleta, el 7.4% (15) tenía bachillerato completo, el 1.5% (3) tenía un bachillerato incompleto y por ultimo solo el 6.9% (14) tenían una licenciatura.

Con respecto a la variable ocupación el 22%(44) es empleado, pero en su mayoría la población era desempleada 78% (159). Y por último con respecto a la percepción del apoyo familiar el 65% (132) tienen un buen apoyo y el 13% (55) un apoyo muy bueno, respecto al 4.9% (10) con apoyo malo y 3% (6) con apoyo muy malo.

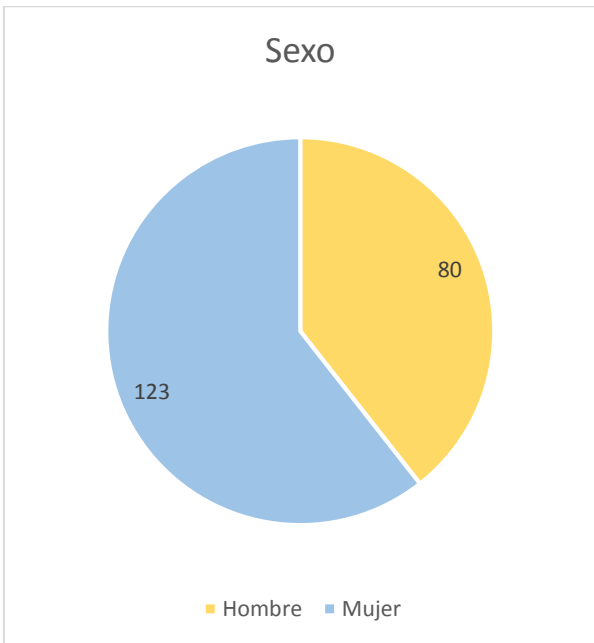
En cuanto a la escala de depresión para adultos mayor (Yesavage), el 13% (26) presento depresión y el 87% (177) sin depresión. (Tabla 1)

Tabla 1. Variables Sociodemográficas

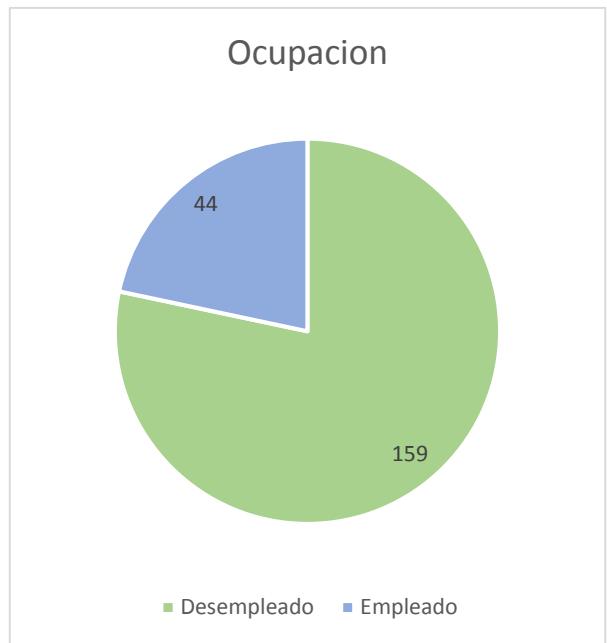
Variables	N = 203	Porcentaje (%)
Edad		
• 71.44 +/- 7.761		
%Sexo		
• Masculino	80	40%
• Femenino	123	60%
Estado Civil		
• Casados	96	47%
• Viudo	52	26%
• Soltero	24	12%
• Divorciado	16	8%
• Unión libre	15	7%
Escolaridad		
• Ninguna	33	16.3%
• Primaria Completa	57	28.1%
• Primaria Incompleta	51	25.1%
• Secundaria Completa	18	8.9%
• Secundaria Incompleta	12	5.9%
• Bachillerato Completa	15	7.4%
• Bachillerato Incompleta	3	1.5%
• Licenciatura	14	6.9%
Ocupación		
• Desempleado	159	78.3%
• Empleado	44	21.7%
Percepción del Apoyo Familiar		
• Buena	132	65%

• Mala	10	4.9%
• Muy Mala	6	3%
• Muy Buena	55	27.1%
Depresión (En base a escala Yesavage)		
• Sin depresión	177	87%
• Con depresión	26	13%

A continuación se muestran las gráficas de las variables previamente comentadas, para una mejor apreciación visual y una mayor comprensión de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a los 203 pacientes adultos mayores.



Grafica 3. Sexo



Grafica 4. Ocupación

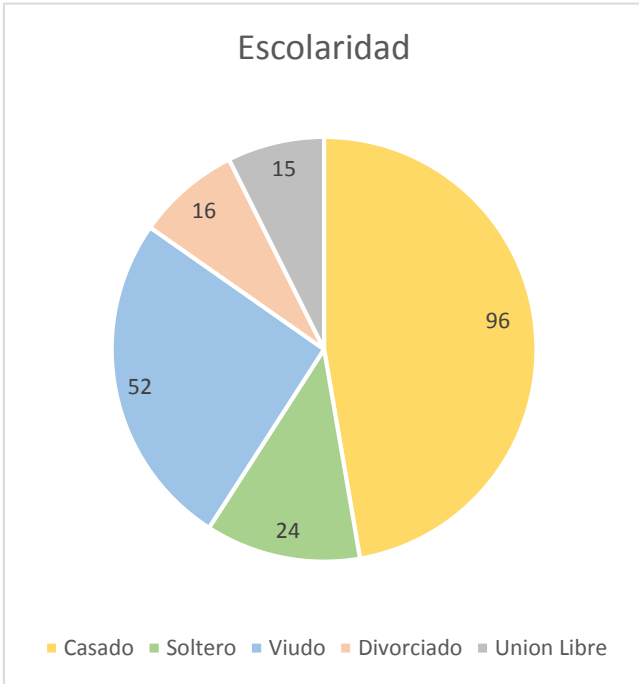


Grafico 5. Estado Civil

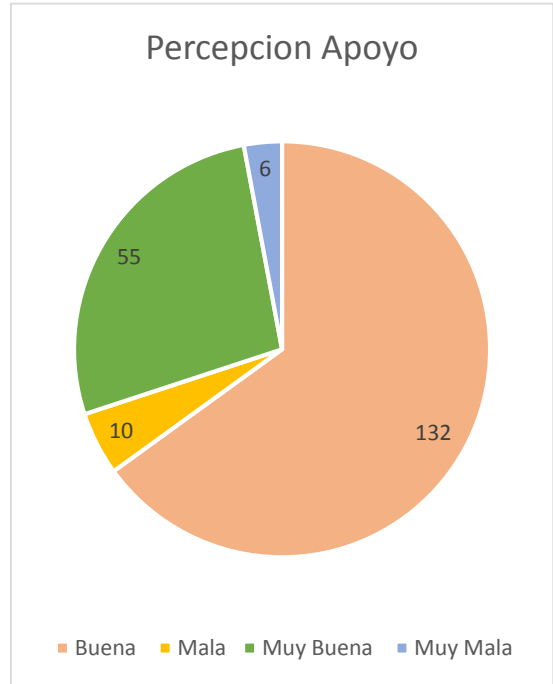
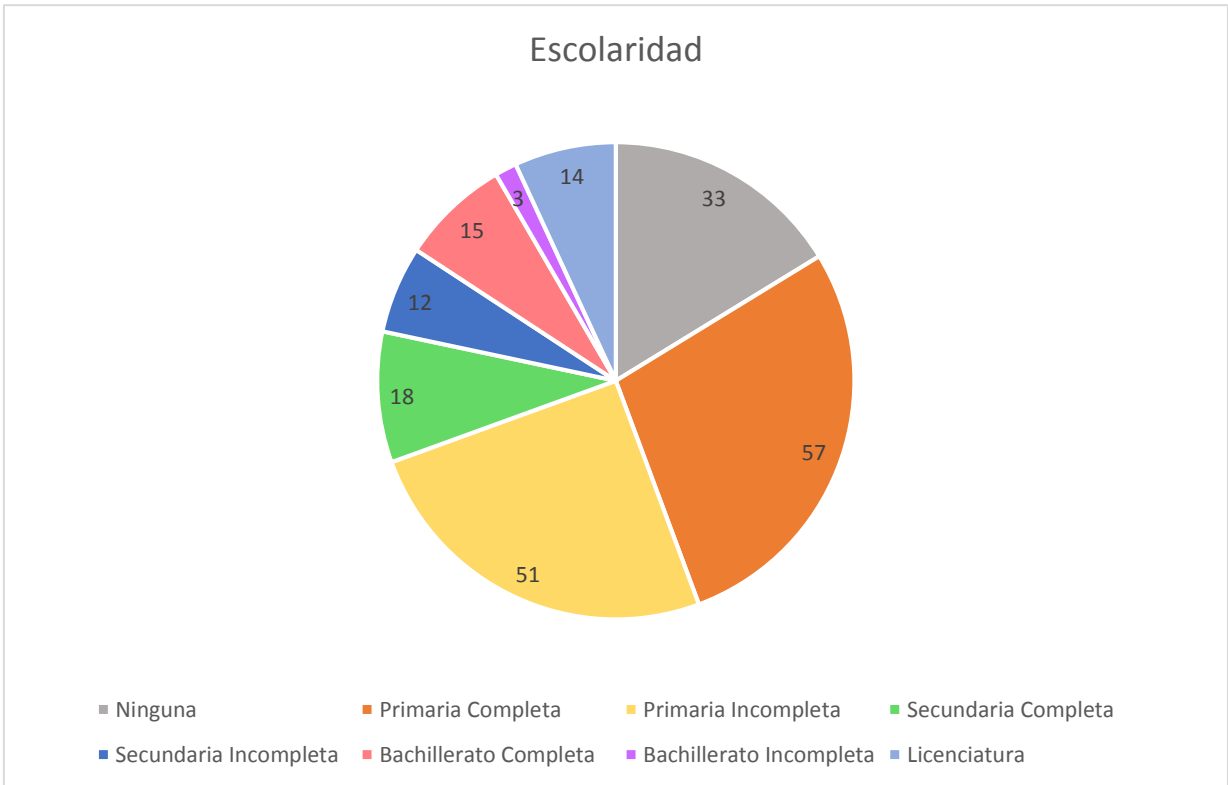
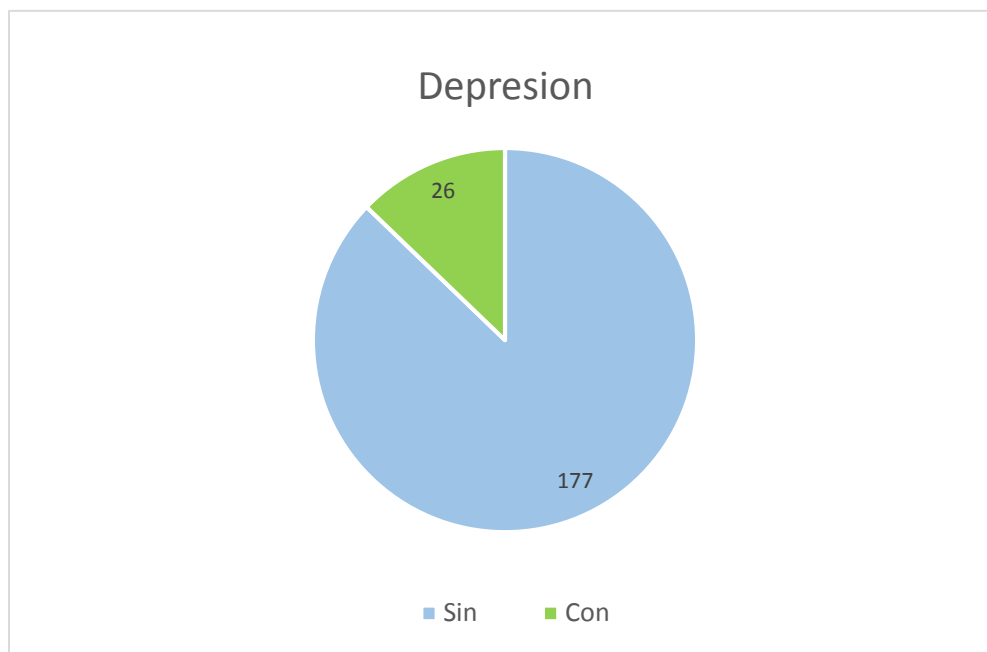


Grafico 6. Percepción Apoyo



Grafica 7. Escolaridad

A continuación se muestra una gráfica para mayor comprensión de la variable depresión, esta obtenida de los pacientes que al aplicar la encuesta de Depresión Geriátrica Yesavage, se obtuvo a los pacientes que salieron sin depresión con valores de 0 a 5 puntos y los pacientes con depresión que fueron los que obtuvieron un resultado mayor a 6 puntos. (Grafica 8)



Grafica 8. Resultados de Escala de Depresión

Por otro lado se encuentran, las comorbilidades obtenidas durante el interrogatorio a los pacientes estudiados, donde fueron 16 patologías de base, las obtenidas en los distintos pacientes.

Y de acuerdo a su frecuencia, se obtuvo que las 3 patologías con mayor predominio en la población de estudio, fueron en primer lugar la Hipertensión Arterial con el 67% (136 pacientes), en el segundo lugar Diabetes Mellitus tipo 2 con el 51% (104 pacientes) y en el tercer lugar la Dislipidemia con el 11% (21 pacientes), estas fueron las patologías que más predominaron en los pacientes. Y como podemos observar al asociar la depresión con las comorbilidades, nos podemos dar cuenta que en ninguna de las patologías hubo una significancia estadística (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de las Comorbilidades y Asociación con la Depresión.

Comorbilidades	Si	No	P	F
• Dislipidemia	11% (21)	89% (182)	.....	0.320
• HPB	3% (6)	97% (197)	.....	1.000
• Discapacidad	4% (8)	96% (195)	.....	0.068
• EPOC	1% (2)	99% (201)	.....	1.000
• Parkinson	0.5% (1)	99.5% (202)	.....	1.000
• Cáncer	1.5% (3)	98.5% (200)	.....	1.000
• Hipotiroidismo	6% (11)	94% (192)	.....	0.636
• Vértigo	0.5% (1)	99.5% (202)	.....	0.128
• Fibrilación Auricular	1% (2)	99% (201)	.....	1.000
• Coxartrosis	0.5% (1)	99.5% (202)	.....	1.000
• Osteoartrosis	0.5% (1)	99.5% (202)	.....	0.128
• Osteopenia	0.5% (1)	99.5% (202)	.....	1.000
• Hipertensión Arterial	67% (136)	33% (67)	0.526	.....
• Artritis Reumatoide	2% (4)	98% (199)	.....	0.425
• Diabetes Mellitus tipo 2	51% (104)	49% (99)	0.893	.....
• Gastritis	0.5% (1)	99.5% (202)	.....	1.000
Se utilizó X ² para la asociación, al tener valores de frecuencia inferiores a 5 se utiliza Prueba Exacta de Fisher para la asociación.				

Por otro lado en cuanto a la asociación de depresión y el resto de las variables sociodemográficas, se observó que existe mayor depresión en el sexo femenino con 19 pacientes en comparación con el sexo masculino con 7 pacientes, pero no existió significancia estadística entre la depresión y el sexo.

En cuanto al estado civil, se observó mayor frecuencia de depresión en casados con 8 pacientes, solteros con 7 pacientes, viudo y unión libre con 4 pacientes y en último divorciados con 3 pacientes, se obtuvo una p con 0.016, por lo que existe una significancia estadística entre la depresión y el estado civil de los pacientes.

En la variable ocupación se observó una mayor depresión en los desempleados con 18 pacientes, respecto a los empleados en 8 pacientes, no hubo significancia estadística respecto a la depresión con la ocupación.

En cuanto a la escolaridad de los pacientes, con ningún estudio de 5 pacientes, primaria completa 9 pacientes, primaria incompleta 7 pacientes, con secundaria completa e incompleta 1 paciente respectivamente, bachillerato completo 3 pacientes, en bachillerato incompleto y la licenciatura ningún paciente. No se encontró asociación entre la variable escolaridad y la depresión en los pacientes.

Por último, en la percepción del apoyo familiar los que tenían muy buen y buen apoyo 2 y 16 pacientes, respecto a los pacientes con muy mal y mal apoyo de 3 y 5 pacientes, se encontró una $p < 0.000$, por lo que existe una significancia estadística, hay una asociación entre la depresión y la percepción del apoyo familiar. (Tabla 3)

Tabla 3. Asociación entre la Depresión y las Variables Sociodemográficas.

Variables	Depresión		Total	X ²	P	F
	Si	No				
Sexo						
Masculino	7	73	80	1.947	0.163
Femenino	19	104	123			
Estado Civil						
Casado	8	88	96	0.016
Viudo	4	48	52			
Soltero	7	17	24			
Divorciado	3	13	16			
Unión libre	4	11	15			
Escolaridad						
Ninguna	5	28	33	0.748
Primaria Completa	9	48	57			
Primaria Incompleta	7	44	51			
Secundaria Completa	1	17	18			

Secundaria Incompleta	1	11	12			
Bachillerato Completo	3	12	15			
Bachillerato Incompleto	0	3	3			
Licenciatura	0	14	14			
Ocupación						
Desempleado	18	141	159	1.53	0.228	.....
Empleado	8	36	44			
Percepción de Apoyo Familiar						
Muy Buena	2	53	55	.....	.....	0.000
Buena	16	116	132			
Mala	5	5	10			
Muy Mala	3	3	6			
Se utilizó X^2 para la asociación, al tener valores de frecuencia inferiores a 5 se utiliza Prueba Exacta de Fisher para la asociación.						

De acuerdo a las variables estudiadas, el estado civil y la percepción del apoyo familiar fueron las variables que tuvieron significancia estadística. El resto de las variables estudiadas no tuvo significancia estadística, los valores de chi-cuadrada (X^2) y Fisher obtenidos, nos indica que no existió una asociación en cuanto a depresión y comorbilidades por lo que se rechaza la hipótesis. En cuanto a los factores sociodemográficos, si existió asociación con algunas variables como se comentó previamente, con la depresión en esta población estudiada. (Tabla 3)

13. DISCUSION

Uno de los grandes problemas de salud pública en México es la depresión de los adultos mayores que tiene consecuencias devastadoras sobre la calidad de vida, su prevalencia está asociada a variables como el apoyo social, la funcionalidad, el género, la soledad, el bajo nivel de ingresos, la percepción de salud y los eventos estresantes.²⁶

En el presente trabajo evaluamos la frecuencia de la depresión en adultos mayores y los factores de riesgo asociados como el género, la escolaridad, la edad, entre otras variables, en este grupo etario en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS, utilizando el test de Yesavage, y observamos que su frecuencia fue de 87% (177 pacientes) sin depresión y 13% (26 pacientes) con depresión, en el sexo femenino 60% (123 pacientes) y sexo masculino 40% (80 pacientes). En las comorbilidades con mayor prevalencia fueron Hipertensión Arterial con 67% (136 pacientes), Diabetes Mellitus tipo 2 con 51% (104 pacientes) y Dislipidemia con 11% (21 pacientes).

Al comparar los resultados de depresión en los adultos mayores y sus factores de riesgo asociados con la literatura, se encontró un estudio en una Unidad de Medicina Familiar No. 5 de Sahuayo, Michoacán, donde querían determinar la prevalencia de la depresión y su asociación con factores asociados como el género, la escolaridad y la edad. Donde participaron 117 pacientes, 63 adultos mayores del sexo femenino (53.85%) y 54 adultos mayores de sexo masculino (46.15%). El test de Yesavage mostró una confiabilidad de 0.83 para el instrumento de recolección. Los resultados mostraron una prevalencia de depresión de 40.17% (47 participantes), mientras que 59.83 % no presentan depresión. Adicionalmente, en la población de estudio no existe relación entre el género, el grado de escolaridad y la edad con la prevalencia de depresión, esto reportado en el estudio Martínez-Mendoza MC et al. Donde encontramos bastantes similitudes con nuestro estudio, en cuanto a depresión y los factores de riesgo, al igual que el tamaño de muestra, a diferencia de otros.²⁶

En otro estudio realizado en el Hospital Regional del ISSSTE en León, Guanajuato, determinaron la prevalencia de depresión y su asociación con comorbilidad y síndromes geriátricos en pacientes mayores de 65 años, se incluyeron 872 pacientes, 549 (63%) de ellos mujeres, 238 (27,3%) sujetos con diagnóstico de depresión, La comorbilidad encontrada principalmente fue: hipertensión arterial sistémica, 414 (47,5%); cardiopatía isquémica, 292 (33,5%); diabetes mellitus tipo II, 264 (30,3%), y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 200 (22,9%), esto reportado en el estudio Moreno-Cervantes CA et al. Donde se encuentran ligeras similitudes con los resultados de nuestro estudio. ²⁷

Al comparar con otras investigaciones, en otro estudio realizado en México, donde se quería conocer la Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. El grupo de personas mayores estudiadas fue de 5275, de la entrevista 3920 presentaban depresión; es decir, el 74.3%. De acuerdo al estado de salud, el 55.3% afirmó padecer de 1 a 3 enfermedades, el 39% mencionó no tener enfermedades y solo el 5.7% señaló que tenía más de 4 enfermedades (polimorbilidad), reportado por De los Santos PV et al. De igual manera se encontraron ciertas similitudes con nuestro estudios, sin embargo la población de estudios era mucho mayor que en nuestro estudio. ²⁸

En otro estudio, donde se aborda la misma problemática que nuestro estudio, en Perú se realizó un estudio a 4174 adultos mayores, de los cuales el 13,18 % presentaron trastorno depresivo. Asimismo, el 53,33 % de los adultos mayores fueron del sexo masculino, el 74,79 % estuvieron comprendidos en el grupo etario de 60 a 74 años, el 59,82 % alcanzaron el grado de instrucción primaria, el 83,87 % tenían cobertura de salud, se reportó asociación entre el trastorno depresivo y todas las variables estudiadas, según el estudio de Torres-Mantilla JC. Donde existen similitudes con nuestro estudio, pero con una población mucho más grande. ²⁹

Por ultimo en un estudio realizado en Perú, se concluyó que la prevalencia de depresión en la población peruana adulta mayor es importante (14.3%). Factores

de riesgo asociados a ella son la condición de la mujer, la edad avanzada, la carencia de educación, el vivir sin pareja, la residencia en área rural, pobreza y discapacidad física. Teniendo similitudes con nuestra investigación, pero difiriendo en los resultados.³⁰

Este estudio nos sirve porque nos enfocamos en un grupo vulnerable, que es el adulto mayor y en un problema de salud mundial, como lo es la depresión, que en conjunto tiene una gran importancia. Para mejorar la calidad de vida de las personas y evitar estos estados depresivos por los cuales pueden estar pasando estos adultos mayores, tengan repercusiones negativas en su salud y en su vida cotidiana.

En el presente estudio no se encontraron limitaciones, para que se impidiera su realización. En cambio las virtudes encontradas fueron que la población estudiada fue calculada en base a la pirámide poblacional de adultos mayores pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No.7, y en base a eso se obtuvo una muestra representativa. Otra virtud fue que se encontraron estudios similares a nuestro tema, con el cual podíamos comparar los resultados, sin embargo en la mayoría de los estudios la muestra era más representativa y tuvo mayor significancia al momento de la asociación. Y por último y no menos importante fue que es el primer estudio de este tipo en la región, como anteriormente se ha comentado, esto da pie a que se realicen futuras investigaciones en continuación a este estudio.

14. CONCLUSION

En el presente estudio se determinó la frecuencia de la depresión en los pacientes adultos mayores, así como los diferentes factores de riesgo asociados, en la población de la Consulta Externa de Medicina Familiar en Tijuana, Baja California.

La relevancia de este estudio cabe, en la necesidad, de hacer mayores detecciones en esta población vulnerable, como lo es el adulto mayor. Además de que la Unidad de Medicina Familiar cuenta con una gran población de derechohabientes adultos mayores, por lo que es importante enfocarnos en este grupo y apoyarlos. Además de que existe muy poca información acerca de este tema en esta región y específicamente en la unidad no se cuenta con ningún estudio de este tipo.

Se evidenció que variables como la edad, escolaridad, estado civil, la ocupación, las comorbilidades y la percepción del apoyo familiar son factores estadísticamente asociados a la aparición de depresión en personas mayores. En este estudio se demostró que existe una significancia estadística en las variables del estado civil y la percepción del apoyo familiar, por lo que sí existe una relación entre ciertos factores con la depresión, de igual manera influye mucho el tipo de persona, el contexto que está viviendo y su sexo, ya sea hombre o mujer.

Al tener esta información como base, nos ayudara para poder abordar de una mejor manera a este tipo de pacientes, ya que se podrán hacer detecciones oportunas y poder apoyarlos, tratarlos o poder canalizarlos a los servicios correspondientes como psicología, trabajo social y/o psiquiatría, dependiendo la situación, el contexto y el paciente. Además esto ayuda a sensibilizar a nuestra unidad médica sobre este tipo de patología y este tipo de pacientes vulnerables, que constituyen la mayor parte de nuestros derechohabientes, por lo que es importante realizar este tipo de detecciones oportunas, para mejorar su calidad de vida.

A pesar de que este estudio se enfocó en la depresión y los factores de riesgo asociados en el adulto mayor, se puede extender la información y hacer estudios más específicos en futuras investigaciones, este es un parteaguas para en un futuro seguir investigando sobre esta problemática, para crear estrategias para esta problemática.

15. ANEXOS

Anexo 1. Cronograma de actividades

	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
Entrega versión final del protocolo	X									
Aceptación del Protocolo		X								
Elaboración e Impresión (encuestas)		X								
Inicio del proyecto de investigación		X	X							
Recolección de Muestra			X	X	X					
Revisión y valoración de resultados						X	X			
Análisis de la información								X	X	
Elaboración del reporte final								X	X	
Discusión y Conclusiones									X	X
Examen Profesional										X

Anexo 2. Carta de no inconveniente del director

Carta de no inconveniente del director.

Tijuana, Baja California a 12 mes de Octubre del año 2022.

Comité Local de Investigación en Salud y Comité Local de Ética en Investigación No. 204:


Por medio de la presente se le comunica que es requisito para realizar investigación en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la autorización por parte del Comité de Investigación que corresponda de acuerdo con las características del estudio. En su caso, requiere ser registrado en el Comité Local de Investigación en Salud y el Comité Local de Ética en Investigación No. 204; una vez que se tenga la autorización, cuente con la anuencia para la realización del protocolo de investigación titulado:

Prevalencia y factores de riesgo asociados de la depresión en adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar #7, en Tijuana B.C

Cuyo investigador responsable es la Dra. Asbeidí Olazarán Gutiérrez, y alumno o tesista es la Residente de Medicina Familiar Dra. Yameel Alvarado Osegura, el cual consiste en la aplicación de un cuestionario a los adultos mayores de 65 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar, con el objetivo de conocer lo antes mencionado en el título del Protocolo de Investigación.

Sin más por el momento agradezco la atención prestada.

ATENTAMENTE



Dr. César Salcido Raggi

Director IMSS HGO UMF No. 7 Tijuana.

Anexo 3. Consentimiento Informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**Carta de consentimiento informado para
participación en protocolos de investigación
(adultos)**

Nombre del estudio:	Frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados, en adultos mayores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 7 de Tijuana, B.C
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Hospital Gineco-obstetrico/Unidad Medicina Familiar no.7 Tijuana, Baja California, a ____ de _____ del ____.
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión es una enfermedad que puede afectar a personas de cualquier edad, sin embargo el adulto mayor es una población que pudiera tener una mayor frecuencia de este problema. El identificar aquello (factor de riesgo) que pudiera desencadenar depresión es importante porque pueden realizarse acciones oportunas para su control. Por tal motivo, se desea determinar la frecuencia de la depresión en el adulto mayor, y los factores que se encuentran presentes; todo esto a través de una serie de preguntas, las cuales nos ayudaran a identificar esta enfermedad.
Procedimientos:	Si acepta participar en el estudio posterior a la firma de este documento, se le invitará y conducirá a un consultorio de medicina preventiva que cuente con lo necesario para mantener la comodidad y su privacidad para la aplicación de esta encuesta, en la cual se le realizara una serie de preguntas y usted contestara de manera verbal. Es una encuesta que tiene preguntas acerca de su estado de ánimo, así como datos relacionados con su edad, estado civil, nivel de escuela, si padece alguna enfermedad y cómo percibe la ayuda que recibe de su familia. El contestar el cuestionario o la encuesta le llevará alrededor de 20 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	El dar respuesta al cuestionario en sí no implica riesgo, sin embargo algunas de las preguntas que se le harán podrían incomodarle, por lo que Usted está en la libertad de dejar sin completar el cuestionario en caso de que se presente esta situación.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se me ha explicado que no recibiré ninguna remuneración pero que uno de los beneficios es el hecho de que si se me detecta algún grado de depresión o se identifica algún factor que me pudiera llevar a ello, se me avisara y se comentara con mí Médico Familiar para recibir la ayuda necesaria, que se me atienda en consulta y me envíe en caso necesario a atención especializada.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha explicado que al terminar mi cuestionario podré recibir los resultados del estudio y se me indicará si es necesario que me atienda por mi Médico Familiar en caso de que se encuentre algún riesgo de depresión o algún nivel de depresión.
Participación o retiro:	Entiendo que la participación en el estudio es por voluntad propia y puedo retirarme en el momento que yo lo desee, sin que afecte mi relación o atención que me otorga el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha informado que los datos que proporcione son totalmente confidenciales, y no se mencionará mi nombre ni algún dato de identificación personal en la presentación y/o publicación del estudio que tiene únicamente fines académicos.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme 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.

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

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Asbeidi Olanzarán Gutiérrez. Matrícula 99029162, MNF Epidemióloga, Tel: 664 2044199.

Colaboradores: Dra. Yameel Alvarado Oseguera, Matrícula 97023462, Residente de Medicina Familiar Tel: 664 354 3252.
M.P.S. García Meraz Cinthia Liliana, Matrícula 99029560, Enfermería General, Tel: 664 375 5944.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

Anexo 4. Encuesta Características del paciente

Título del proyecto: Frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados, en adultos mayores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 7 de Tijuana, B.C

FOLIO _____ **Consultorio/Turno** _____

Instrucciones: Contestar lo que se pide en las líneas y en las preguntas con () seleccionar con una X la respuesta.

Edad: _____

Sexo:

Hombre ()

Mujer ()

Ocupación:

Empleado ()

Desempleado ()

Estado civil:

Casado(a) ()

Unión libre ()

Soltero(a) ()

Viudo(a) ()

Divorciado(a) ()

Escolaridad:

Primaria Completa ()

Primaria Incompleta ()

Secundaria Completa ()

Secundaria Incompleta ()

Bachillerato Completa ()

Bachillerato Incompleta ()

Licenciatura ()

Ninguno ()

De quién depende

económicamente:

Labora ()

Jubilado ()

Pensionado ()

Familia ()

Amigos ()

Vecinos ()

Padece de alguna enfermedad en específico:

Ninguna ()

Diabetes Mellitus tipo 2 ()

Hipertensión Arterial Sistémica ()

Hiperplasia Prostática ()

Dislipidemias ()

Discapacidad ()

EPOC ()

Asma ()

Parkinson ()

Epilepsia ()

Toxicomanías ()

Otros: _____

Usted considera que el apoyo de sus familiares cuando tiene alguna necesidad es:

Muy Buena () Buena () Mala () Muy mala ()

Anexo 5. Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems

Título del proyecto: Frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados, en adultos mayores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 7 de Tijuana, B.C

Instrucciones: Contestar las siguientes preguntas conforme se ha sentido, respecto a la pregunta y encierre la respuesta o márquela.

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

TOTAL: _____

Punto de corte: 0-5 puntos, sin depresión; 6-9 puntos, depresión leve; 10-15 puntos, depresión establecida. *Las respuestas a los rubros anteriores solo serán para identificar probables factores de riesgo asociados a la aparición de depresión en la población a estudiar.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Duque Fernández LM, Ornelas Contreras M, Benavides Pando EV. Actividad física y su relación con el envejecimiento y la capacidad funcional: una revisión de la literatura de investigación. *Psicol y Salud*. 2019;30(1):45–57.
2. Mera MA, Morales SC, García MRV. Intervencion con actividad fisico-recreativa para la ansiedad y depresion en el adulto mayor. *Rev Cuba Investig Biomed*. 2018;37(1):47–56.
3. Varela Montes J, García Guzmán C, Cobos Aguilar H. Depresion en el adulto mayor intervenido quirurgicamente. in the surgically intervened elderly adult. *Cirugia y Cirujanos*. 2020;88(6):721–725.
4. Candia Ponce CA. Confiabilidad de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) en Personas Adultas Mayores de Chilpancingo, Guerrero. *Tlamati Sabiduría*. 2016;7(2):1–9.
5. Cardozo Fernández OM, Aguilera Gaona E, Ferreira Gaona MI, Diaz Reissner CV. Depresion y factores de riesgo asociados en pacientes geriatricos hospitalizados. *Mem. Inst. Investg. Cienc. Salud*. 2017;15(1):48–56.
6. Fernández Vázquez A, Dávila Mendoza R, Moreno Castillo YDC, Pedraza Avilé AG. Importancia del diagnóstico de la depresión en adultos mayores en una clínica de medicina familiar. *Neurol Neurocir y Psiquiatr*. 2008;41(3):83–89
7. Maldonado Muniz G, ChávezCastillo NN, JiménezSánchez KA, Téllez Cruz AI, Cano Estrada EA, Vélez Díaz G. Nivel de depresión del Adulto Mayor que asiste a un Centro Gerontológico. *XIKUA Boletín Científico la Esc Super Tlahuelilpan*. 2019;7(14):28–31.
8. Masón Calderón DF, Calderón Suasnavas GF, Calderon Suasnas VA, Checa Villamar JC. Prevalencia de depresión en adultos mayores de la consulta externa de un hospital público. *Cambios. Rev Mes*. 2020; 853:6 -13.
9. Granados Ramos DE, Almanza Colorado L, López Sánchez JD, Álvarez Ramírez MM. Influencia de factores Psicosociales en depresión y ansiedad. Hacia el envejecimiento saludable. *Rev de Enfermería Neurológica*. 2019;18(2):81–86.

10. Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. Viguera Editores. PSICOGERIATRÍA 2010; 2 (1): 41-48
11. De La Cruz-Mitac CY, Quispe-Llanzo MP, Oyola-García AE, Portugal-Medrano MA, Lizarzaburu-Córdova EE, Rodríguez-Chacaltana FW, et al. Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general del Perú. Rev Cuerpo Méd. 2017. Págs. 205-211
12. Flores Villavicencio ME, Romero Valadez CR, Espinel Bermudez MC, Vega Lopez MG, Valle Barbosa MA, Robles Banuelos JR. Anales en Gerontología. 2019;11:40–63.
13. 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; 14 (1): 5-13
14. Bastidas-Bilbao H. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. Revista de Psicología. 2014; 32 (2), págs. 194-218
15. Rodríguez-Vargas M, Pérez-Sánchez L, Marrero-Pérez Y, Rodríguez-Ricardo A, Pérez-Solís D, Peña-Castillo Y. Depresión en la tercera edad. Archivo Médico Camagüey. [Internet] 2022 [Consultado 11 Enero 2022]; 26:17. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/rt/primerFriendly/8459/4267>
16. Souza Júnior EV, Pires Cruz D, Dos Santos Silva C, Souza Rosa R, Peloso Carvalho BM, Okino Sawada N. Implicaciones de la depresión en la calidad de vida del anciano: estudio seccional. Enfermería Global [Internet]. 2022 [Consultado 10 enero 2022]; 65: 433-446. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.485981>
17. La Depresión en la vejez y la importancia de su prevención. [Sede Web]. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Gobierno de México. Febrero 2021 [2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/la-depresion-en-la-vejez-y-la-importancia-de-su-prevencion?idiom=es>
18. Epstein D; Oliel S; Chaib F; Brunier A. "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. [Sede Web]. OPS/OMS. 2020 [2021].

19. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
20. Calderón D. Epidemiología de la Depresión en el Adulto mayor. *Red Med Hered.* 2018; 29: 182-191.
21. Wagner F, González Forteza C, Sánchez García S, García Peña C, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental.* 2012; 35: 3-11.
22. Bastidas-Bilbao H. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología.* 2014; 32 (2), 195-218.
23. Collazos-Perdomo D, Ramírez-Ramos CF, Torres de Galvis MY, Correas-Orozco L, Ramirez-Mendez D, Castilla Agudelo GA, et al. Asociación entre depresión mayor e hipertensión arterial en una población colombiana. *Elsevier.* 2020; 37 (4).162-168. DOI: 10.1016/j.hipert.2020.06.002
24. Lemus Herrera K. Depresión y cáncer en el adulto mayor. *Rev. Hosp. Psiqu. Hab.* 2019; 16 (3). Pág. 27 – 38. Disponible en <http://www.revph.sld.cu/>
25. Salud mental. [Sede Web]. INEGI. 2019. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
26. Martínez - Mendoza MC, Gutiérrez - Mendía A, Bonaparte - Caballero E, Gómez - Alonso C, Lajud N. Prevalencia de depresión en adultos mayores en una unidad de medicina familiar de Michoacán. *Aten Fam.* 2021; 28(2):125-131. Disponible en <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.2.78803>
27. Moreno-Cervantes CA, Ramos-Rojas MA, Luna-Torres S, Torres-Gutiérrez JL. Comorbilidad y síndromes geriátricos en ancianos con depresión. *Psicogeriatría.* 2017; 7(2): 69-73. Disponible en: www.viguera.com/sepg
28. De los Santos PV, Carmona - Valdés SE. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica.* 2018; 15(2): 1-23. Disponible en: <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>
29. Torres - Mantilla JC, Torres - Mantilla JD. Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. *Horiz Med (Lima)* 2023; 23(3): e2220. Disponible en: <https://doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n3.05>

30. Martina M, Ara MA, Gutierrez C, Nolberto V, Piscoya J. Depresión y factores de riesgo asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. An Fac med. 2017; 78(4): 393-397. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>.