



**UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO**

**División de Ciencias de la Salud**



**Prevalencia de depresión en el adulto mayor en la  
colonia Infonavit Fidel Velázquez Chetumal, Quintana  
Roo.**

**TESIS  
Para obtener el grado de  
LICENCIADO EN MEDICINA**

**Presenta  
Miguel Angel Chay Interian**

**Directora de Tesis  
Dra. María de Lourdes Rojas Armadillo**

**Asesores  
Mtra. Lilia Denisse Peña Salazar  
Dra. Daniela León Rojas  
Dr. Nefalí Ricardo Muñiz Quintero  
Mtro. Pablo Martín Suárez Améndola**

**Chetumal, Quintana Roo, México, Noviembre de 2018.**





UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

División de Ciencias de la Salud



Tesis elaborada bajo la supervisión del comité de Tesis del programa de Licenciatura y aprobada como requisito para obtener el grado de:

LICENCIADO EN MEDICINA

COMITÉ DE TESIS

Directora: \_\_\_\_\_

Dr. María Lourdes Rojas Armadillo

Asesor: \_\_\_\_\_

Mtra. Lilia Denisse Peña Salazar

Asesor: \_\_\_\_\_

Dra. Daniela León Rojas

Asesor: \_\_\_\_\_

Dr. Neftalí Ricardo Muñiz Quintero

Asesor: \_\_\_\_\_

Mtro. Pablo Martín Suárez Améndola

Chetumal, Quintana Roo, México, Noviembre de 2018.



# Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Antecedentes.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Objetivos de la Investigación .....</b>	<b>8</b>
3.1 Objetivo General .....	8
3.2 Objetivos Específicos:.....	8
<b>4. Expectativa Empírica .....</b>	<b>9</b>
<b>5. Justificación .....</b>	<b>10</b>
<b>6. Planteamiento del problema .....</b>	<b>12</b>
<b>7. Marco teórico .....</b>	<b>13</b>
<b>8. Material y métodos.....</b>	<b>20</b>
8.1 Diseño del estudio.....	20
8.2 Definición del área de estudio .....	20
8.3 Definición del universo de estudio.....	20
8.4 Definición de la muestra .....	20
8.5 Definición de las unidades de observación .....	20
8.6 Criterios de inclusión.....	21
8.7 Criterios de exclusión .....	21
8.8 Criterios de eliminación .....	21
8.9 Definición de las variables.....	21
8.10 Descripción del Estudio.....	27
8.11 Definición del plan de procedimientos y presentación de la información.....	28
8.12 Aspectos éticos .....	28
<b>9. Resultados .....</b>	<b>30</b>
<b>10. Discusión.....</b>	<b>38</b>
<b>11. Conclusión .....</b>	<b>44</b>
<b>12. Referencias .....</b>	<b>47</b>
<b>13. Anexos .....</b>	<b>55</b>
Anexo 1. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) .....	56
Anexo 2. Escala de Depresión de Yesavage (GDS Versión Reducida) .....	57
Anexo 3. Encuesta .....	58
Anexo 4. Carta de Consentimiento Informado .....	62
Anexo 5. Carta de Revocación del Consentimiento .....	66

## 1. Introducción

Las personas de 60 años de edad o más son también conocidas como adultos mayores, término antro-po-social que hace referencia a las últimas décadas de la vida. Los adultos mayores tienen una labor social reconocida como miembros activos de la familia, y a su vez de la sociedad, sin embargo también representan un grupo etario vulnerable a una variedad de enfermedades que, en su mayoría, suelen ser incapacitantes e incluso mortales.

Cada año las cifras poblacionales aumentan en este grupo etario ocupando actualmente el 10.4% de la población total [1]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre 2015 y 2050 dicha proporción se duplicará llegando a representar hasta el 22% de la población. Por sí mismo el proceso de envejecimiento conlleva una serie de cambios fisiológicos, biológicos, psicológicos y físicos que pueden llegar a comprometer la salud de las personas así como el papel social que hasta entonces había desarrollado. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer y dar la importancia merecida.

Se estima que un 25% de los adultos mayores padecen un trastorno mental o neuronal, y representan el 6.6% de las incapacidades en este grupo etario, siendo el trastorno depresivo el más frecuente [2]. El deterioro de la salud psicológica puede deberse a que es una etapa de vida de pérdidas, como el cese de la actividad productiva, la separación de los hijos, la muerte del cónyuge y de los padres, cambio involuntario de residencia y, en general, la ausencia de bienestar. Todas estas situaciones pueden predisponer a la depresión, sin embargo no es adecuado considerarla como parte del envejecimiento normal [3]. La depresión se define como un conjunto de síntomas manifestado por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria [2]. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diversos grados de severidad [2]. Estos trastornos simbolizan en la población anciana un 17.4% de los años vividos con discapacidad [4].

Si bien la depresión y la demencia ocasionan sufrimiento y discapacidad a quienes la padecen, también incrementan el riesgo e impacto de otras enfermedades así como la pérdida de capacidades funcionales, lo que pudiera causar demoras innecesarias en el proceso de recuperación [5]. A pesar de ello la depresión no es diagnosticada ni tratada y pudiera deberse a la alta prevalencia de su subdiagnóstico, ya que la presentación de los síntomas de la enfermedad (en este grupo etario) difiere de los que se presentan en personas más jóvenes. La evidencia científica acumulada sugiere que la atención de este padecimiento permite liberar importantes recursos para la atención de necesidades sociales y de salud, por lo que es necesario que los médicos de primer nivel de atención estén capacitados para identificar de manera temprana este trastorno, y así poder brindar tratamiento oportuno, evitar el daño y reducir la discapacidad asociada a esta enfermedad.

## 2. Antecedentes

En la ciudad de San Juan de Pasto, Colombia, se realizó un estudio observacional con diseño transversal en 219 adultos mayores, en donde se evaluaron las características sociodemográficas, el estado de salud y antecedentes médicos, y los síntomas depresivos con la escala de depresión geriátrica Yesavage. Para el análisis de los datos se utilizó regresión logística multivariada. La prevalencia global de síntomas depresivos fue del 38.4%, encontrando una asociación con el nivel de escolaridad, estado civil, ingresos, percepción de salud, obesidad, dislipidemia y el EPOC [6].

En la ciudad de Gotemburgo, Suecia, se realizó un estudio observacional en un grupo de adultos mayores de 60 años en un centro de atención primaria para detectar la prevalencia y los factores asociados a la depresión leve y moderada, para lo cual se utilizaron tres métodos de screening: evaluación de atención primaria de desórdenes mentales, la escala de depresión de Montgomery-Asberg y una consulta estructurada por parte de un médico general basado en un modelo centrado en el paciente y del DSM-4. Se dio seguimiento a estos pacientes que dieron positivo a depresión por dos años, encontrando una asociación importante con la falta de actividades recreativas (OR 12) y depresión leve/moderada [7].

En un estudio transversal en Centros de Bienestar del Anciano en Medellín (2012) se estudió un total de 276 adultos mayores para explorar los factores asociados con síntomas depresivos, encontrando que la dependencia para realizar actividades cotidianas es el factor más asociado a la prevalencia de síntomas depresivos con un  $p < 0.0001$ . De igual manera se encontró una asociación con la formación académica y altos niveles de ansiedad. La prevalencia fue similar por sexo y edad [8].

Se realizó un estudio transversal en Barcelona, España, de un ensayo clínico aleatorizado en donde se estudió un grupo de 220 personas no institucionalizadas en 7 centros de atención primaria tanto urbanos como rurales, utilizando la escala Geriátrica de Yesavage de 5 ítems para determinar la prevalencia de depresión. Se encontró una prevalencia de 34.5% según la escala, mientras que en la historia

clínica realizada a cada paciente demostró un 20.9% de pacientes con síntomas depresivos. La práctica de ejercicio y tener una buena autopercepción de energía se asociaron con menor prevalencia de depresión [9].

Así mismo en un estudio realizado en una unidad de medicina familiar en Tamaulipas, México, en adultos mayores -o iguales- a 60 años de edad, mostró que la funcionalidad familiar no está relacionada con el grado de depresión, pero se encontró que una familia nuclear es un factor protector para la disfuncionalidad familiar [10].

En otro estudio transversal realizado en adultos mayores llevado a cabo en la localidad de Cañaribamba, Cuenca, en el año 2013, se obtuvo una prevalencia de depresión del 14.7% con una media de edad de 73.7 años con el 66.7% siendo mujeres. Se encontró una asociación con la depresión de 1.9 veces más de los que no poseen ocupación de los que sí poseen. De igual manera los que viven solos tienen 1.9 veces más probabilidad de padecer depresión que los que viven acompañados y 2.4 veces más si presentaban antecedente de un evento cerebral vascular (EVC) y neoplasias de los que no tenían. El test utilizado en este estudio fue la Escala Geriátrica de Yesavage [11].

A nivel nacional, se realizó un estudio en la ciudad de México en el año 2012 para identificar los síntomas depresivos en un grupo de adultos mayores comparando dos escalas para su diagnóstico (Test Geriátrico de Yesavage y la Escala Demográfica). Como resultado se obtuvo que la escala demográfica tuvo un intervalo de confianza mayor que el Test de Yesavage [12].

Así mismo en un estudio descriptivo transversal, se estudió una muestra de 59 pacientes de un hogar geriátrico del municipio de Chía, Cundinamarca, Colombia. Se les aplicó el APGAR Familiar con un hallazgo de un 42.4% de percepción de disfunción familiar, y la escala de depresión de Yesavage, detectándose 6 pacientes con depresión establecida o leve. Por medio de una entrevista con psiquiatría se confirmó el diagnóstico de depresión mayor según criterios del DSM-IV TR en 4 de ellos y los 2 restantes con síntomas depresivos relacionados con otras patologías. No se estableció una relación entre depresión y disfunción familiar [13].

En Bogotá, Colombia (2015) se realizó un estudio transversal descriptivo en 889 adultos mayores de una comunidad. El instrumento de detección para la depresión fue el Test Geriátrico de Yesavage obteniendo una prevalencia del 18.6%. Para la identificación de los factores de riesgo se utilizó la sección de acontecimientos vitales del cuestionario Predict, encontrando como factores principales el nivel escolar bajo (43%) y dependencia económica (22%), siendo este similar a lo documentada en el barrio de San Miguel de Asunción en Paraguay por Pinaéz García y Re Domínguez en 2015 [14,15].

La universidad Autónoma del Estado de México realizó una investigación sobre la depresión en el adulto mayor en la década actual. Los resultados encontrados en este estudio demuestran que la prevalencia de depresión fue del 89% en quienes manifestaron síntomas depresivos. [16]

En un estudio realizado en 2013 por la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAMM-AUT) en México sobre la depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal, donde la depresión leve fue predominante en el grupo de 71 a 80 años (41.4%) y establecida en el grupo de 81 a 90 años (38.9%). La depresión entre leve y establecida fue superior en los adultos mayores del sexo masculino (62%), que aquellos sin escolaridad (62.9%) y sin pareja (62.9%). En cuanto a la función cognitiva, se encontró mayor prevalencia de deterioro en el rango de edad de 81-90 (55.5%) y sexo femenino (45.4%). El análisis bivariado con el coeficiente de correlación de Spearman ( $r_s$ ) no mostró la asociación esperada entre las variables de estudio, sin embargo se acerca a una interpretación de asociación baja entre: depresión y el tener un empleo remunerado ( $r_s=0.142$ ;  $p=0.024$ ), depresión y el número de padecimientos ( $r_s=-0.239$ ;  $p=0.000$ ), función cognitiva y el número de padecimientos ( $r_s=0.166$ ;  $p=0.008$ ) y entre la depresión y la función cognitiva ( $r_s=-0.242$ ;  $p=0.000$ ) [3].

En 2015 Jesús Rivera Navarro y colaboradores, de la Universidad de Salamanca, Salamanca, España, realizaron un estudio de tipo transversal el cual se llevó a cabo en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México, se documentó la depresión en la vejez,

donde se incluyeron personas de 60 años de edad o más (1,126 personas, 455 hombres y 671 mujeres), que suponían el 5.2% de la población mayor de Ciudad Victoria en el momento de la realización del estudio; la depresión fue medida mediante la escala de depresión geriátrica Yesavage. Los resultados indicaron que la prevalencia de síntomas depresivos se sitúa en un 29%; y los factores favorecedores de la depresión fueron la dependencia en actividades de la vida diaria, el deterioro cognitivo, la falta de apoyo social, la edad, el sexo, la soledad, la pobreza, los eventos estresantes y la percepción subjetiva de salud. La reducción de la depresión no sólo está vinculada a la mejora de aspectos relacionados con la salud, sino a la mejora de las condiciones de vida de los ancianos [17].

De acuerdo con el reporte del año 2014 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el año 2010, las entidades federativas con el mayor número de población de 60 años de edad o más eran el Estado de México, el Distrito Federal (ahora Ciudad de México), Veracruz, Jalisco y Puebla, con un monto entre 514 mil y 1.1 millones de habitantes. Las entidades con menos población de dicho grupo de edad eran Baja California Sur, Colima, Quintana Roo y Campeche, en las cuales cada una rebasaba las 70 mil personas. Sin embargo se observó que las mayores tasas de crecimiento promedio anual para el periodo 2000-2010 correspondían a Quintana Roo (6.8%), Baja California (5.0%) y en menor medida, Querétaro, Chiapas y el Estado de México [18]. Las características de la población quintanarroense de 60 años y más, de acuerdo al Perfil Sociodemográfico de Adultos Mayores elaborado por el INEGI, indica que durante 2010 el 74.5% de esta población estaba alfabetizada, ligeramente arriba de la media nacional, lo anterior se traduce: 46.4% tiene primaria, 9.7% secundaria, 5.5% cuenta con educación media superior y sólo el 9.7% tiene educación superior o posgrado. Así mismo Quintana Roo es el segundo estado con el mayor porcentaje de población de 60 años y más económicamente activa, con un porcentaje de 41.7%, sólo por debajo de Chiapas. Con relación a los servicios de salud el estado se encuentra apenas por arriba de la media nacional con el mayor número de derechohabientes en ese grupo de edad, al registrar 73.8% del total que tiene este servicio [18,19]. A pesar de ello, uno de los datos que más reflejan vulnerabilidad en este grupo poblacional

es el abandono, ya que la INEGI también reportó que para 2010, en Quintana Roo, por cada 100 mil adultos mayores de 60 y más, el 14.1% está en situación de calle. El Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo, en 2017, publicó (en su apartado de atención a grupo en situación de vulnerabilidad) que la Secretaría de Desarrollo Social del estado de Quintana Roo en 2013 señaló, en su Diagnóstico del Programa de Pensión para Adultos Mayores, en relación a las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en ese año, que había 49,435 personas de 65 años y más durante el mismo periodo, de las cuales sólo 12,134 tenían algún tipo de pensión. En su última actualización disponible (2015) el INEGI reportó que Quintana Roo ocupó el lugar 26 a nivel nacional por su número de habitantes (1, 501, 562 habitantes), de los cuales el 6.3% son adultos mayores de 60 años. De acuerdo con las proyecciones del CONAPO, para 2020 se prevé que el grupo de 60 años de edad o más, represente el 7.0% del total de la población y que en 2030, el monto total de adultos mayores será de 237,439 personas, lo que representará 10.6% de la población estatal [19. 20, 21]. Dicho incremento poblacional en este grupo de edad implica a su vez el incremento en la demanda de fuentes de ingreso, vivienda, espacios urbanos que faciliten el tránsito de estas personas, así como asistencia social y servicios relacionados con la salud.

En Quintana Roo no contamos con estudios que reflejen el panorama actual con respecto a los problemas de salud mental en los adultos mayores, en específico de la depresión. Como bien se menciona, el aumento de este grupo poblacional es inminente, por ello es importante dar atención a los problemas asociados a dicho grupo etario, en especial a la salud mental, que como bien se ha expuesto, es un rubro en el que se tiene que trabajar, pero que resulta imposible cuando no se conoce la realidad de nuestra entidad.

### **3. Objetivos de la Investigación**

#### **3.1 Objetivo General**

Determinar la prevalencia de depresión en la población de adultos mayores de la colonia Fidel Velázquez de la ciudad de Chetumal, Quintana Roo en el año 2018.

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar a los adultos mayores de 60 años de edad de la colonia Infonavit Fidel Velázquez de la ciudad de Chetumal.
- Identificar a los adultos mayores con estado depresivo y su nivel de gravedad mediante el Test Geriátrico de Yesavage.

#### **4. Expectativa Empírica**

La prevalencia de la depresión en los adultos mayores de la colonia Infonavit Fidel Velázquez en Chetumal, Quintana Roo, es mayor que la media nacional donde los factores socio-demográficos tienen una mayor asociación con la depresión en este grupo etario.

## 5. Justificación

En la actualidad la depresión unipolar afecta entre 7 y 10% de la población de ancianos en general y representa el 5.7% de los años vividos con discapacidad [4], De acuerdo con la OMS, en el 2020 la depresión será la causa principal de discapacidad a nivel mundial [4].

En 2016 la depresión ocupó el tercer lugar de la carga global de la salud mental, esto según los reportes de la Federación Mundial de la Salud en dicho año. De acuerdo con la OMS, en 2050 se espera una mayor incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas y trastornos mentales, entre estas, la depresión, siendo las mujeres las más afectada por esta enfermedad, y se espera persistencia de letalidad en hombre, ya que se ha establecido con suficiente certeza que los hombres tienen mayor riesgo suicida, pues la mayor parte de los suicidios efectivos registrados en el mundo son cometidos por hombres [4,22]

El adulto mayor con depresión tiene un desempeño social y laboral más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, hipertensión arterial o diabetes mellitus [4, 23]. A su vez, la depresión en el adulto mayor aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y de muerte, a un año, en comparación con los que no están deprimidos [23], además este trastorno también aumenta la percepción de tener “mala salud”, por tanto aumenta la demanda y la utilización de los servicios médicos, así como los costos de la asistencia médica.

El desarrollo de la depresión está influenciado por una serie de factores de riesgo de origen biológico, económico, psicológico y social; estos factores no solamente determinan la probabilidad de aparición de la enfermedad si no también el momento de desarrollo de la misma [24]. Sotelo Alonso y colaboradores, señalaron en 2012 que dentro de los estudios de prevalencia en México, disponibles en ese momento, el 7.8 % corresponden a episodios depresivos presentando evidencia indirecta de padecer depresión en adultos mayores. Por otro lado, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, la frecuencia de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados fue mayor del 30%. En cuanto al suicidio

como complicación más grave de la depresión, su tasa promedio de 2.6/100,000 se correlacionó en forma directa con la edad, siendo esta más alta de lo reportado en otros grupos de edad. Esta tasa de suicidio puede presentarse con mayor frecuencia en los adultos mayores como consecuencia de otros factores, tales como enfermedades físicas, disminución del control del impulso aunado al deterioro cognitivo, aislamiento social y/o la pérdida del cónyuge, que actúan negativamente y de manera simultánea con la depresión [25].

La progresión en el sistema de salud en México y a nivel mundial ha creado una mejor atención en el área de la salud mental, reflejándose en nuevas alternativas de diagnóstico y tratamiento basadas en modelos conductuales y psicosociales. El envejecimiento y la depresión van encaminados hacia un nuevo certamen de estudio. El reto del diagnóstico de un trastorno depresivo en este grupo etario es debido a la variación del cuadro clínico que es distinto en cada episodio y varía en cada individuo. Es frecuente que en la consulta médica se pasen por alto los síntomas de este trastorno en los adultos mayores, ya sea por la relación casi mitificada entre el envejecimiento y el estado de ánimo deprimido o que suelen coincidir con otros problemas de salud.

Por ello es conveniente que los prestadores de asistencia sanitaria y la sociedad en su conjunto presten atención a las necesidades especiales de los adultos mayores y se dé particular atención a los problemas de salud mental, ya que el estigma de dichas enfermedades favorece que las personas sean reacias a buscar ayuda.

## **6. Planteamiento del problema**

La depresión es considerada como un problema de salud pública por sus graves implicaciones como son: discapacidad, morbilidad, mortalidad y la mala calidad de vida del adulto mayor que la padece, agregado una alta tasa de recaídas (40%) [3, 5, 25]. En México los estudios de depresión enfocados en ese grupo de edad, permiten formar un panorama del país y así poder formular medidas que permitan un abordaje multidisciplinario y completo del adulto mayor con síntomas de depresión. En Quintana Roo no existen estudios que permitan esta dinámica, por ello es importante conocer la realidad en nuestra población para poder establecer estrategias de diagnóstico oportuno para su posterior referencia al nivel correspondiente. Por lo que la principal pregunta de investigación en el presente estudio es: *¿Cuál es la prevalencia de depresión en los adultos mayores de 60 años en la población de la colonia Fidel Velázquez de la ciudad de Chetumal, Quintana Roo?*

## 7. Marco teórico

En el presente protocolo de investigación, el adulto mayor es la población de interés para documentar la prevalencia de depresión en dicho grupo etario, así como la descripción de las características sociodemográficas.

La clasificación de la población por grupos de edad ha sido una herramienta ampliamente usada por diferentes autores y organizaciones con fines de investigación en diferentes campos como la antropología, la economía, la salud entre otros. De acuerdo a la OMS, las personas de 60 a 74 años de edad son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90, viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90, se les denomina grandes viejos o grandes longevos [26]. A todo individuo mayor de 60 años de edad se le denomina de manera indistinta: persona de la tercera edad. Así mismo la Organización de Naciones Unidas (ONU) considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo [26]. La cartilla nacional de salud de México divide a la población en 5 grupos etarios, siendo una de estas los adultos mayores de 60 años [27]. De igual manera la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención, lo define como aquel individuo con 60 años cumplidos o más [2].

La depresión es una enfermedad que ha tratado de ser definida en múltiples ocasiones al pasar de los años, cada definición tan aceptable como la siguiente. Sin embargo, es bien sabido que la depresión se puede volver crónica o recurrente y dificultar notablemente el desempeño de las actividades de la vida diaria así como disminuir la capacidad de afrontar la vida misma. De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Mental, la depresión se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para realizar y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras [28]. La depresión grave incapacita a la persona y le imposibilita desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente recurre durante toda su vida; en cambio el trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más); aunque menos

graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas [28].

El Manual Diagnóstico y Estadístico, quinta edición (DSM-5) menciona que para tener un diagnóstico certero de un estado depresivo mayor se debe contar con dos síntomas principales que son el estado de ánimo depresivo la mayor parte del día y anhedonia o marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades. Además de presentar cinco o más de los siguientes síntomas adicionales, los cuales deben estar presentes casi todos los días durante un período de 2 semanas [29].

Síntomas adicionales.

- Pérdida de peso clínicamente significativa o aumento o disminución en el apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retardo psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

La Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10) que fue publicada inicialmente por la OMS en 1992, es una codificación y clasificación de las enfermedades y causas de muerte que se utiliza para motivos de estadística y está aceptada a nivel mundial. Se divide en diferentes categorías de enfermedades y cada una de ellas tiene estructurado un código para su identificación de manera unívoca [30]. El CIE-10 clasifica al Estado Depresivo en los siguientes cuadros clínicos:

F32 Episodios depresivos.

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

### F33 Trastorno depresivo recurrente.

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

La depresión es una patología que puede ser compleja a la hora de establecer un diagnóstico, por lo que se ha recurrido a establecer criterios que lo facilitan; en la actualidad se dispone de una amplitud de escalas y cuestionarios para su detección.

Algunos de los instrumentos más conocidos son: la Escala de Depresión Geriátrica de Brink y Yesavage, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Depresión de Hamilton, etc. Se puede optar por el cuestionario que mejor se adapte a las preferencias del médico, del paciente o del ámbito clínico. En caso de un resultado positivo en evaluaciones de detección se debe realizar un cuestionario de diagnóstico completo para determinar la presencia o ausencia de desórdenes depresivos específicos, como la depresión o distimia. Se debe establecer, además, la severidad del trastorno depresivo y de los posibles problemas psicológicos concomitantes como la ansiedad y ataques de pánico.

La Escala Geriátrica de Yesavage es actualmente la herramienta más utilizada y más útil para la detección de depresión en los adultos mayores, teniendo una sensibilidad de 97% y una especificidad de 85%. La aplicación del Test Geriátrico de Yesavage consta de 15 reactivos, el punto de corte para depresión es de 5

puntos. Esta escala explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar la respuesta del evaluado. Una primera versión de la escala constaba de 30 ítems (GDS-30) (Yesavage & Brink, 1983). Posteriormente se publicó una versión más corta de 15 ítems (GDS-15) (Sheik & Yesavage, 1986) que ha mostrado su utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones [31, 32].

Por sí solos, los cambios en la vida de los adultos mayores incrementan el riesgo de depresión y así mismo pueden causar que la depresión existente empeore. La depresión en el adulto mayor es un problema generalizado y en ocasiones puede coexistir con otros trastornos mentales como la Enfermedad de Alzheimer (EA), la cual es una enfermedad neurológica progresiva e irreversible que afecta al cerebro, es la causa más común de demencia, se caracteriza por la pérdida progresiva de la memoria, el deterioro de las actividades básicas de la vida diaria y cambios de conducta [33]. Para fines de investigación se documentará a los adultos mayores con depresión aislada, es decir, que no se incluirán a las personas que tengan algún otro trastorno mental; por ello se aplicará un instrumento que permita excluir a las personas con datos de demencia según el resultado de su aplicación. La exploración neurológica es importante para distinguir la demencia neurodegenerativa primaria de las demencias secundarias y las comorbilidades que pudieran simular una demencia.

El Mini-Mental State Examination (MMSE), es un instrumento de valoración neuropsicológica que permite establecer una evaluación breve del estado mental en busca de deterioro cognoscitivo. Sus puntos de corte son: 27 o más: normal, 24 o menos: sospecha patológica, 12-24: deterioro y 9-12: demencia. Tiene una especificidad del 85% y una sensibilidad del 95%, con un IC 0.74 a 0.92 [34]. Dicho instrumento es ampliamente conocido y es la herramienta de elección para la evaluación en el ámbito clínico, sin embargo MMSE tiene derechos de autor, por lo que se dificulta su uso para fines de investigación ya que tiene connotaciones éticas el usar una herramienta que no es de uso libre sin especificar que su obtención haya sido legal.

Existen otras pruebas que permiten detectar demencia y distinguir el deterioro cognoscitivo cuando son comparados con individuos con cognición normal. De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Enfermedad de Alzheimer, en México se recomienda el uso del Mini-Cog que tiene una alta sensibilidad para predecir demencia y puede ser usado para diferenciar a individuos con deterioro cognoscitivo moderado a severo, tiene una sensibilidad y especificidad del 91% y 86% respectivamente[33]. Para el deterioro cognoscitivo leve la recomendación ideal es la aplicación de la Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA por sus siglas en inglés Montreal Cognitive Assessment) que tiene una sensibilidad de 89% y especificidad de 75%. La MoCA fue diseñada como un instrumento de escaneo rápido para alteraciones cognitivas leves; evalúa diferentes dominios cognitivos: atención y concentración, funciones ejecutivas, memoria y lenguaje, habilidades visuoespaciales, pensamiento conceptual, cálculo y orientación. Su puntaje máximo es de 30 puntos: un puntaje de 26 o más es considerado normal [35]. Nasreddine Z. en 2005, comparó el MMSE con MoCA (punto de corte 26), el MMSE obtuvo una sensibilidad para detectar deterioro cognoscitivo leve del 18%, en comparación con MoCA que detectó el 90% de los sujetos con deterioro cognoscitivo leve. Cuando se comparó con el grupo de EA leve, el MMSE tuvo una sensibilidad del 78%, mientras que MoCA detectó al 100%; respecto a la especificidad obtuvieron el 100% y el 87% respectivamente. Por lo que la GPC recomienda el tamizaje con la prueba MoCA para la detección oportuna de deterioro cognoscitivo leve [33, 35]. Basados en este instrumento y en su particularidad de establecer deterioro cognoscitivo leve, se determinó como criterio de inclusión y exclusión para participar en el estudio; según el resultado de su aplicación, se utilizará la MoCA Versión Mexicana Alternativa 7.2, validada en 2014, adaptada por: L. Ladesma PhD.

El APGAR familiar es una herramienta diseñada por Smilkstein (1978), quien tenía el concepto de que la función familiar era el cuidado y el apoyo que un individuo recibe de su propia familia. Su propósito inicial fue la de medir la funcionalidad familiar a través de una revisión rápida de los componentes básicos del funcionamiento familiar; Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal,

Afecto, y Recursos, mediante la aplicación de un instrumento de tamizaje de uso diario en el consultorio del médico familiar [36, 37]. El departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México desarrolló una propuesta metodológica para el análisis de instrumentos de medición en sociomedicina el cual fue aplicado al APGAR familiar, donde los resultados del análisis permitieron asegurar que éste fue elaborado para medir la funcionalidad familiar, sin embargo las preguntas estaban elaboradas para medir cualitativamente la satisfacción de un miembro de una familia respecto a los 5 elementos que la constituyen. Por tal motivo, y con la finalidad de hacer congruente el constructo, el formato y el significado de los reactivos, así como la escala de evaluación final, se aplicó el APGAR familiar, en la versión española, a una nueva escala de calificación, a 1,321 personas entre 15 y 96 años de edad que acudieron a la consulta médica familiar de un Centro de Salud al sur de la Ciudad de México, 289 (21.9%) casos fueron varones, en tanto 1,032 (78.1%) lo contestaron mujeres. La mayor parte de las familias (60.8%) fue nuclear. Se establecieron los puntajes de calificación APGAR con base en el grado de satisfacción de los miembros de la familia en cada uno de los componentes (Casi siempre: 2 puntos, Algunas veces: 1 punto, Casi nunca: 0 puntos), considerando los puntajes de 0-3 como baja satisfacción de la función familiar, 4-6 media satisfacción de la función familiar, 7-10 como alta satisfacción de la función familiar. Los resultados de la aplicación demostraron una correlación inter-variables de 0.41% y una covarianza inter-variables de 0.159%, ambos valores fueron considerados adecuados ya que la exploración de la satisfacción familiar se identifica con los cinco reactivos que forman el instrumento y denotan cierto grado de independencia entre los reactivos del constructo. Para la validez del constructo, éste únicamente debía tener un solo factor o componente principal, en el que se encargaran o correlacionaran las cinco variables del instrumento y explicara un mínimo de 50% de varianza. Se aplicó la estrategia de análisis factorial con solución de componentes principales, los resultados del análisis mostraron que se obtuvo un componente principal que explicó 52.9% de la varianza y en el cual las cinco variables saturaron el componente principal de la hipótesis estadística. Esto

confirmó que el constructo inicial de Smilkstein valora la satisfacción que percibe un individuo en relación con el cumplimiento de las funciones de su familia; los reactivos manifiestan esta percepción (satisfacción) y la escala de calificación señala el grado de satisfacción que se percibe. Se concluyó que los niveles de confiabilidad del instrumento en esa encuesta fueron semejantes a los obtenidos en otros reportes por consiguiente la validez del constructo se consideró satisfactoria [36]. Por ello se decidió incluir el constructo al instrumento para valorar la percepción del funcionamiento familiar y así describir si presentaba repercusión alguna en los adultos mayores con depresión.

Existen muchas características a tratar en cuanto a depresión se trata, una de las cuales abordaremos en el presente trabajo son las características sociodemográficas. Para llevar acabo esto, en el instrumento, se incluyeron los aspectos socio-económicos, las relaciones familiares y la percepción de la salud.

## **8. Material y métodos**

### **8.1 Diseño del estudio**

- Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

### **8.2 Definición del área de estudio**

- El estudio se realizó en la colonia Infonavit Fidel Velázquez de la Ciudad de Chetumal, Municipio Othón P. Blanco, Quintana Roo, México. La selección del área de estudio fue por conveniencia.

### **8.3 Definición del universo de estudio**

- El universo de estudio fueron los adultos mayores de 60 años de edad que radicaban en la colonia Infonavit Fidel Velázquez de la Ciudad de Chetumal, Quintana Roo. De acuerdo con la base de datos del Proyecto Universitario de Atención Primaria a la Salud (PU-APS) realizada en el año 2016, se documentó un total de 103 adultos mayores, de estos 43% son hombres y 57% mujeres [38].

### **8.4 Definición de la muestra**

- La muestra se seleccionó a través de un muestreo probabilístico denominado muestreo aleatorio simple, que favorece a que cada unidad tenga la misma probabilidad de ser incluida en la muestra. Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa estadístico Epi Info versión 7, con el programa StatCalc para estudios descriptivos, en el que para obtener un nivel de significancia del 0.05, un índice de confianza del 95% y un margen de error del 5% se necesita una muestra de 81 personas mayores de 60 años de edad.

### **8.5 Definición de las unidades de observación**

- Adultos mayores de 60 años de edad de la colonia Infonavit Fidel Velázquez de la ciudad de Chetumal, Quintana Roo.

## 8.6 Criterios de inclusión

- Personas de 60 años de edad o más, de ambos sexos, que se encontraban radicando en la Colonia Fidel Velázquez de la ciudad de Chetumal, Quintana Roo, y que decidían participar en el proyecto.

## 8.7 Criterios de exclusión

- Adultos menores de 60 años.
- Adultos mayores de 60 años que no aceptaron participar en el proyecto de investigación.
- Se excluyeron participantes con sospecha de alteraciones cognitivas con un valor igual o menor a 25 en la Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA).

## 8.8 Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas o que no hayan sido llenadas correctamente.
- Todos aquellos participantes que decidieron abandonar la investigación en cualquiera de sus etapas.

## 8.9 Definición de las variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
<b>Depresión</b>	Trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día [2].	De acuerdo a la escala de Yesavage: 0-5; sin depresión, 6-9; depresión moderada, más de 10; depresión severa.	1. Sin depresión. 2. Moderada. 3. Severa.
<b>Adulto mayor</b>	Personas con 60 años cumplidos o más, que radiquen dentro de los límites del área de estudio	GPC de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor	1. 60-65 años. 2. 66-70 años. 3. 71-75 años. 4. 76-80 años. 5. Más de 81 años.

		en el primer nivel de atención.	
<b>Sexo</b>	Es la determinación genotípica entre los seres humanos que nos diferencia entre hombres y mujeres	Lo referido por el encuestado	1. Masculino. 2. Femenino.
<b>Edad</b>	Tiempo, en años, que ha vivido un individuo desde su nacimiento.	Lo referido por el encuestado	De 0 a 100 en años cumplidos.
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Conforme a los actos que se inscriben en el Registro Civil de los Estados Unidos Mexicanos y a lo referido por el encuestado	1. Soltero. 2. Casado. 3. Unión Libre. 4. Divorciado. 5. Comprometido. 6. Viudo.
<b>Escolaridad</b>	El grado de estudio máximo, a partir de la primaria.	Grados de Escolaridad establecida por el INEGI y a lo referido por el encuestado	1. Primaria. 2. Secundaria. 3. Preparatoria. 4. Licenciatura. 5. Maestría / doctorado. 6. Sin escolaridad.
<b>Vivienda</b>	Define la condición legal de la vivienda en la cual habita.	Lo referido por el encuestado	1. Propia. 2. Rentada. 3. Prestada. 4. Vive con familiares.
<b>Percepción del funcionamiento familiar</b>	El APGAR familiar establece cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Evalúa 5 aspectos: Adaptabilidad, Participación,	De acuerdo al puntaje obtenido basado en lo referido por el encuestado	1. Alta satisfacción de la función familiar. 2. Media satisfacción de la función familiar. 3. Baja satisfacción de la función familiar.

	Gradiente de crecimientos, Afecto y Resolución.		
<b>Actividad física</b>	Cualquier actividad, sin considerar a las laborales o del hogar, que exija gasto de energía,	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Trabajo</b>	Toda actividad de origen manual o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica por labores concretadas.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Apoyo económico</b>	Ingresos extras que pueden ser otorgados por instituciones públicas, privadas o gubernamentales bajo algún concepto, por ejemplo: pensión, oportunidades, 60 y más, etc.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Dependencia económica</b>	La necesidad de requerir ingresos económicos de terceros (familiar, amigo, etc.) para poder cubrir las necesidades básicas diarias	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Ingreso mensual</b>	El conjunto de ingresos netos percibidos por todos los miembros de la familia o los que comparten vivienda, aporten o no estos ingresos o parte de los mismos para sufragar los gastos	Lo referido por el encuestado	1. 0.00-500.00 pesos. 2. 501.00-1500.00 pesos. 3. 1501.00-2500.00 pesos. 4. 2501.00-3500.00 pesos. 5. Más de 3501.00 pesos.
<b>Percepción de la salud</b>	Es la imagen mental que se forma con la ayuda de la experiencia y necesidades respecto al estado de salud.	Lo referido por el encuestado	1. Muy bueno. 2. Bueno. 3. Regular. 3. Malo.

			4. Muy malo.
<b>Alcoholismo presente</b>	Aquellos pacientes que ingieren más de 1 trago (350 ml) al día si es una mujer y más de 2 (700 ml) si es un hombre, por lo menos en los últimos 6 meses.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Alcoholismo pasado</b>	Aquellos pacientes que en algún momento de su vida hayan ingerido más de 1 trago (350 ml) al día si es una mujer y más de 2 (700 ml) si es un hombre, independiente de la edad de inicio, y que hayan permanecido sobrios en los últimos 6 meses.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Tabaquismo presente</b>	Personas que han fumado por lo menos un cigarrillo diario en los últimos 6 meses.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Tabaquismo pasado</b>	Personas que en algún momento de su vida llegaron a fumar por lo menos 1 cigarrillo al día, en un periodo mínimo de 6 meses, y que han permanecido en abstinencia los últimos 6 meses.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Tratamiento farmacológico</b>	Cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se use para prevenir, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal. Sólo se incluirán medicamentos de uso rutinario (más de 3 meses) bajo prescripción médica.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.

<b>Polifarmacia</b>	El consumo de 4 o más medicamentos por un mismo paciente de manera rutinaria.	Lo referido por el encuestado	1. 1-3 medicamentos. 2. Igual o más de 4 medicamentos.
<b>Hipertensión arterial</b>	Pacientes que al momento de la entrevista tengan diagnóstico establecido de hipertensión arterial, con o sin tratamiento.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Diabetes mellitus</b>	Pacientes que al momento de la entrevista tengan diagnóstico establecido de diabetes mellitus, con o sin tratamiento.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Enfermedad cardiovascular</b>	Pacientes que al momento de la entrevista tengan diagnóstico establecido de alguna patología coronaria, con o sin tratamiento.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Enfermedad cerebrovascular</b>	Pacientes que padecieron enfermedad cerebrovascular (isquémica o hemorrágica) en los últimos 6 meses.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Insuficiencia venosa</b>	Pacientes que al momento de la entrevista tengan diagnóstico establecido de insuficiencia venosa, con o sin tratamiento.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Enfermedad pulmonar</b>	Pacientes que al momento de la entrevista tengan diagnóstico establecido de alguna enfermedad pulmonar, con o sin tratamiento.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Enfermedad oftálmica</b>	Pacientes que al momento de la entrevista tengan diagnóstico establecido de alguna enfermedad oftálmica,	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.

	aguda o crónica, incluyendo la presbicia.		
<b>Dislipidemia</b>	Pacientes que al momento de la entrevista tengan diagnóstico establecido de algún tipo de dislipidemia, con o sin tratamiento.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Enfermedad reumatoide</b>	Pacientes que al momento de la entrevista tengan diagnóstico establecido de alguna enfermedad de tipo reumatoide (aguda o crónica) con o sin tratamiento.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Enfermedad renal</b>	Pacientes que al momento de la entrevista tengan diagnóstico establecido de enfermedad renal (aguda o crónica) con o sin tratamiento.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Cáncer</b>	Pacientes que al momento de la entrevista tengan diagnóstico establecido de alguna enfermedad de tipo oncológica, con o sin tratamiento.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Fracturas recientes</b>	Pacientes que hayan sufrido alguna fractura en los últimos 6 meses.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Cirugías recientes</b>	Pacientes que hayan sido intervenidos quirúrgicamente en los últimos 6 meses. Se excluyen las cirugías estéticas.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Hospitalización reciente</b>	Pacientes que hayan sido ingresados para recibir atención médica, independientemente del	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.

	motivo, en los últimos 6 meses.		
<b>Discapacidad</b>	Personas que padezcan alguna deficiencia que afecte a una estructura o función corporal, limitación para ejecutar acciones y tareas, o restricción para participar en situaciones vitales.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.
<b>Dependencia funcional</b>	La necesidad de ayuda o asistencia importante para poder realizar las actividades de la vida cotidiana.	Lo referido por el encuestado	1. Sí. 2. No.

### 8.10 Descripción del Estudio.

La recolección de la información fue obtenida del instrumento, el cual fue aplicado en una sola visita, fue llenado por el encuestador, cuyo tiempo estimado para la aplicación de la encuesta fue de 30-40 minutos por persona. Cabe mencionar que la encuesta se llevó a cabo en tres tiempos:

Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA): se aplicó para descartar a los adultos mayores con deterioro cognoscitivo o probable caso de demencia (ver Anexo 1). Tiempo de aplicación estimado: 10-15 minutos.

Escala geriátrica de Yesavage: Esta escala se empleó como prueba de tamizaje para la identificación de síntomas depresivos. Se optó por utilizar la versión de 15 ítems con dos opciones de respuesta (sí, no). Se maneja por asignación los puntajes de 1 y 0, siendo 1 para las respuestas afirmativas y 0 para lo contrario (Anexo 2). De acuerdo al puntaje obtenido a su aplicación, los encuestados, fueron clasificados de la siguiente manera; 0-5: sin síntomas depresivos, 6-9 puntos: síntomas leves de depresión,  $\geq 10$  puntos: síntomas de depresión severa. Tiempo de aplicación estimado: 5 minutos.

Encuesta: respecto a la obtención de datos socio-demográficos, se realizó una encuesta, descriptiva observacional de corte transversal que fue aplicada por el entrevistador. Constó de cuatro constructos; datos generales, aspectos sociales y familiares, aspectos económicos y laborales y estatus de salud (Anexo 3). Dentro de los aspectos sociales y familiares se incluyó el APGAR familiar como instrumento de medición de la satisfacción de funcionalidad familiar. Tiempo de aplicación estimado: 15-20 minutos.

Para la captura de los datos se utilizó Microsoft Excel 2013, en una máscara elaborada a partir de los datos de la encuesta.

Se realizó un análisis univariado para la estimación de la prevalencia de depresión, así como para la descripción de las características socioeconómicas y de salud de la población encuestada. Posteriormente se realizó al análisis bivarianza y multivarianza para establecer la prevalencia de los síntomas depresivos por sexo y por último para describir las características socioeconómicas y de salud en los adultos mayores con síntomas de depresión respecto a los que no tenían síntomas depresivos a la aplicación de la escala de Yesavage.

### **8.11 Definición del plan de procedimientos y presentación de la información**

Se utilizaron tablas de porcentajes para la presentación de los resultados obtenidos de la encuesta y de las variables con sus respectivos resultados.

### **8.12 Aspectos éticos**

Se elaboró un consentimiento informado, en el cual se dio a conocer al adulto mayor el nombre del estudio, su objetivo, la importancia del mismo para su salud y el organismo responsable de su implementación (ver Anexo 4). Todos los participantes del estudio llenaron este formato; en los casos en los que no pudieron ser capaces de hacerlo por sí mismo, por limitantes físicas, el familiar o tutor fue quien lo hizo.

En el consentimiento informado se hicieron mención de los aspectos que implicaba su participación en el proyecto, por lo que se les informó que se realizaría una encuesta aplicada por un encuestador para la obtención de datos personales, familiares, socio-económicos y sobre su salud. De igual forma se aclaró el tiempo

estimado de la encuesta, recalcando que todos los datos obtenidos serán de total confidencialidad.

Para evitar confusiones se les informó que su participación no será beneficiada económicamente y que desertar del estudio es de manera voluntaria. De nueva cuenta se les recalcó que sus datos no serán usados para fines distintos a los de investigación y generación del conocimiento.

Respecto a las encuestas, se codificó cada una para no incluir los nombres de los participantes a fin de mantener la confidencialidad.

La carta de consentimiento informado fue leída a cada una de las personas a las que se dispuso a entrevistar para su posterior firma y así tener evidencia de su participación voluntaria. De igual manera se entregó una ficha con los datos de contacto de los coordinadores del protocolo de investigación, así como de la universidad responsable.

## 9. Resultados

Se realizaron 81 encuestas a adultos mayores de 60 años radicados dentro de los límites de la colonia Infonavit Fidel Velázquez de la ciudad de Chetumal, Quintana Roo, de los cuales 75 participantes fueron incluidos en el presente estudio, el resto fueron excluidos por tener un puntaje igual o menor a 25 a la aplicación del test MoCA (n=4) y por no concluir la encuesta (n=2). La participación del sexo femenino en las encuestas fue mayor a la del sexo masculino con una razón de 1.58:1 respectivamente, siendo los encuestados mayores de 60 años de edad, se obtuvo una media general de edad en años de 69,7, por sexo fue de 70.8 años para los hombres y de 69 años para las mujeres, con una moda de edad de 62 años en ambos sexos.

En la tabla 1 se presentan las características socioeconómicas de los encuestados incluidos en la investigación, donde se distribuyen las variables estado civil, escolaridad, tipo de vivienda, trabajo, apoyo económico, dependencia económica, ingreso mensual, actividad física y satisfacción de funcionalidad familiar por sexo, donde se observó que en la población predominan mujeres (61.3%), de las cuales el 43.5% refirieron estar casadas, con escolaridad mínima primaria (34.8%), en contraste con la población masculina, que representó el 38.6% de la población encuestada, donde el 27.6% refirió no tener escolaridad. En su mayoría refirieron habitar en casa propia. Respecto al empleo el 65.5% de la población masculina se refirió como económicamente activa, a diferencia de las mujeres donde predominó el desempleo (63%), siendo este proporcional a la recepción de apoyo económico donde predominó la población femenina con un 65.2%, sin embargo únicamente el 58.7% de las mujeres dependía económicamente del conyugue, familiar u otros, así mismo se documentó que el 32% de los encuestados refirieron tener un ingreso económico mensual mayor a \$3,501.00 peso. En los aspectos sociales se consideraron la realización de actividad física, donde el 80% (n=60) de los encuestados negó realizar actividad física alguna, de los cuales el 63.3% fueron mujeres (n=38), así mismo se consideró el nivel de Satisfacción de Funcionalidad Familiar (SFF) mediante la aplicación del test APGAR Familiar, donde se documentó

que el 42% y el 24% de los encuestados refirieron tener una alta y media satisfacción de funcionalidad familiar respectivamente,

**Tabla 1.** Características socioeconómicas por sexo de los adultos mayores de 60 años de la colonia Infonavit Fidel Velázquez, Chetumal Quintana Roo, México 2018

Estado Civil	Masculino		Femenino		No. (75)	%
	No.(29)	%	No.(46)	%		
Soltero	0	0	2	4.4	2	2.6
Casado	15	51.7	20	43.5	35	46.7
Unión Libre	2	6.9	3	6.5	5	6.7
Divorciado	6	20.7	6	13	12	16
Comprometido	0	0	0	0	0	0
Viudo	6	20.7	15	32.6	21	28
<b>Escolaridad</b>						
Primaria	7	24.1	16	34.8	23	30.7
Secundaria	4	13.8	9	19.6	13	17.3
Preparatoria	7	24.1	5	10.9	12	16
Licenciatura	3	10.4	1	2.1	4	5.3
Maestría/Doctorado	0	0	0	0	0	0
Sin escolaridad	8	27.6	15	32.6	23	30.7
<b>Tipo de vivienda</b>						
Propia	21	72.4	31	67.4	52	69.3
Rentada	2	6.9	3	6.5	5	6.7
Prestada	0	0	0	0	0	0
Vive con familiares	6	20.7	12	26.1	18	24
<b>Trabajo</b>						
Si	19	65.5	17	37	36	48
No	10	34.5	29	63	39	52
<b>Apoyo Económico</b>						
Si	7	24.1	30	65.2	37	49.3
No	22	75.9	16	34.8	38	50.6
<b>Dependencia económica</b>						
Si	9	31	27	58.7	36	48
No	20	69	19	41.3	39	52
<b>Ingreso Mensual</b>						
0.00-500.00	2	6.9	3	6.5	5	6.7
501.00-1500.00	6	20.7	11	24	17	22.6
1501.00-2500.00	2	6.9	9	19.5	11	14.7
2501.00-3500.00	7	24.1	11	24	18	24
Más de 3501.00	12	41.4	12	26	24	32
<b>Actividad Física</b>						
Si	7	24.1	8	17.4	15	20
No	22	75.9	38	82.6	60	80
<b>SFF* (APGAR Familiar)</b>						

Alta SFF	14	48.3	28	60.9	42	56
Media SFF	11	37.9	13	28.2	24	32
Baja SFF	4	13.8	5	10.9	9	12

**\*SFF: Satisfacción de funcionalidad familiar**

*Fuente: Encuesta "Prevalencia de depresión en el adulto mayor en la colonia Infonavit Fidel Velázquez Chetumal, Quintana Roo, 2018.*

En la tabla 2 se exponen las variables percepción a la salud, antecedentes médicos y síntomas depresivos por sexo. Se encontró que el 46.6% de los encuestados refirió tener salud regular, el 2.6% refirió tener muy mala salud, siendo estas en su totalidad mujeres, y únicamente el 9.3% (n=7) de la población se refirió con muy buena salud de los cuales el 57.1% son igualmente del sexo femenino. Se cuestionaron antecedentes de alcoholismo y tabaquismo donde 36% de los encuestados refirieron haber sido alcohólicos, de estos más de la mitad fueron hombres (62.9%, n=17), por el contrario se documentó que del 29.3% de los que refirieron tabaquismo pasado, el 54.5% (n=12) fueron del sexo femenino, lo que equivale al 26% de las mujeres encuestadas. Y el 6.6% y el 5.3% de los encuestados refieren alcoholismo y tabaquismo presente respectivamente. Así mismo se consideraron como antecedentes médicos aquellos padecimientos diagnosticados de los que tenían conocimiento al momento de la encuesta; predominaron las enfermedades crónico-degenerativas, principalmente hipertensión arterial (53.3% n=40), diabetes mellitus (32%, n=24), siendo la población femenina la más afectada con 67.4% y 41.3% (n=31,19) respectivamente, y en menor proporción se registraron las enfermedades pulmonares y reumatóides con 8% y 9.3% cada una. El 60% refirió recibir tratamiento médico para sus padecimientos, de los cuales el 26.6% (n=12) tenía polifarmacia, predominando en el sexo femenino (75%, n=9). El 12 % de los encuestados refirió tener algún tipo de discapacidad y el 16% requería ayuda asistencial para realizar actividades de autocuidado, siendo en su mayoría mujeres. Se tomaron en cuenta aquellos eventos producidos en los últimos 6 meses, siendo las hospitalizaciones previas las más frecuentes con el 28%, de los cuales el 34.7% fueron mujeres, seguido de las intervenciones quirúrgicas con 9.3%, siendo más de la mitad la población femenina. En lo que respecta a los síntomas depresivos en el adulto mayor mediante la aplicación del test de Yesavage se obtuvo una prevalencia global 33.3%, donde el

72% se documentó con depresión moderada, de los cuales el 55.5% fueron hombres (n=10), y el 28% con depresión establecida, de los cuales el 71.4% fueron mujeres (n=5).

*Tabla 2. Percepción de la salud, Antecedentes médicos y Síntomas depresivos en los adultos mayores de 60 años de edad de la colonia Infonavit Fidel Velázquez, Chetumal Quintana Roo, 2018*

Percepción de la Salud	Masculino		Femenino		No. (75)	%
	No.(29)	%	No.(46)	%		
Muy bueno	3	10.3	4	8.7	7	9.3
Bueno	12	41.4	14	30.4	26	34.6
Regular	12	41.4	23	50	35	46.6
Malo	2	6.9	3	6.5	5	6.6
Muy malo	0	0	2	4.3	2	2.6
<b>Antecedentes Médicos</b>						
Alcoholismo presente	3	10.3	2	4.3	5	6.6
Alcoholismo pasado	17	58.6	10	21.8	27	36
Tabaquismo presente	1	3.4	3	6.5	4	5.3
Tabaquismo pasado	10	34.4	12	26	22	29.3
Hipertensión Arterial	9	31	31	67.4	40	53.3
Diabetes Mellitus	5	17.2	19	41.3	24	32
Enfermedad Cardiovascular	2	6.9	11	23.9	13	17.3
Insuficiencia Venosa	1	3.4	12	26	13	17.3
Enfermedad pulmonar	2	6.9	4	8.7	6	8
Enfermedad Oftálmica	6	20.7	3	6.5	9	12
Dislipidemia	10	34.4	16	34.7	26	34.6
Enfermedad Reumatoide	3	10.3	4	8.7	7	9.3
Enfermedad Renal	3	10.3	5	10.9	8	10.6
Enfermedad Cancerígena	1	3.4	1	2.1	2	2.6
Tratamiento médico	12	41.3	33	71.7	45	60
Polifarmacia	3	10.3	9	19.5	12	26.6
Discapacidad	3	10.3	6	13	9	12
Dependencia Funcional	4	13.8	8	17.4	12	16
<b>Eventos en los Últimos 6 meses</b>						
Enfermedad Cerebrovascular	0	0	1	2.1	1	1.3
Cirugía	2	6.9	5	10.9	7	9.3
Fractura	2	6.9	1	2.1	3	4
Hospitalización	5	17.2	16	34.7	21	28
<b>Síntomas Depresivos (Yesavage)</b>						
Normal	17	58.6	33	71.7	50	66.7
Moderada	10	34.5	8	17.4	18	24
Establecida	2	6.9	5	10.9	7	9.3

*Fuente: Encuesta "Prevalencia de depresión en el adulto mayor en la colonia Infonavit Fidel Velázquez Chetumal, Quintana Roo, 2018.*

La tabla 3 muestra la distribución de las características socioeconómicas de los adultos mayores encuestados con y sin síntomas depresivos (33.3% y 66.33% respectivamente), de la colonia Infonavit Fidel Velázquez. Se incluyeron a aquellos adultos mayores de 60 años de edad que obtuvieron un puntaje igual o mayor a 6 a la aplicación del test de Yesavage en su versión reducida (15 ítems). Se observó que el 44% de los adultos mayores con síntomas depresivos estaba casado, siendo la misma proporción de viudos, a diferencia de los adultos mayores sin síntomas depresivos, donde la mayor proporción de adultos mayores se encontraba casado (48%, n=24). De acuerdo a su escolaridad se documentó que el 44% de los que tuvieron síntomas depresivos no tenía escolaridad, y el 28% de los que no tenían síntomas depresivos tenía como mínimo primaria, y el 24% refirió no tener escolaridad alguna. El 60% y el 74% de los adultos mayores con y sin síntomas depresivos, respectivamente, refirieron habitar en casa propia, ambos grupos negaron habitar en casa prestada y únicamente el 32 y el 20% vivía con algún familiar. Respecto al ámbito laboral y económico se registró que en las personas sin síntomas depresivos la distribución con y sin trabajo fue equitativa siendo 50% para ambos casos, independientemente de ello, el 66% refirió recibir algún tipo de apoyo económico, y el 40% dependía económicamente de alguien, teniendo en su mayoría un ingreso mensual promedio de más de \$3501.00 pesos (40%, n=20), a diferencia de las personas con síntomas depresivos donde el 56% refirió no trabajar, el 76% recibía algún apoyo económico, y el 64% refirió depender económicamente de alguien, teniendo un ingreso mensual promedio de \$501.00 a \$1500.00 pesos (24%, n=6), siendo igual para los que tenían un ingreso mensual de \$1501.00 a \$2500.00 pesos.

*Tabla 3. Características socioeconómicas de los adultos mayores de 60 años con y sin síntomas depresivos de la colonia Infonavit Fidel Velázquez, Chetumal Quintana Roo, México 2018*

Estado Civil	Con síntomas depresivos		Sin síntomas depresivos		No. (75)	%
	No.(25)	%	No.(50)	%		
Soltero	0	0	2	4	2	2.6
Casado	11	44	24	48	35	46.6
Unión Libre	1	4	4	8	5	6.6
Divorciado	2	8	10	20	12	16

Comprometido	0	0	0	0	0	0
Viudo	11	44	10	20	21	28
<b>Escolaridad</b>						
Primaria	9	36	14	28	23	30.7
Secundaria	2	8	11	22	13	17.3
Preparatoria	3	12	9	18	12	16
Licenciatura	0	0	4	8	4	5.3
Maestría/Doctorado	0	0	0	0	0	0
Sin escolaridad	11	44	12	24	23	30.7
<b>Tipo de vivienda</b>						
Propia	15	60	37	74	52	69.3
Rentada	2	8	3	6	5	6.7
Prestada	0	0	0	0	0	0
Vive con familiares	8	32	10	20	18	24
<b>Trabajo</b>						
Si	11	44	25	50	36	48
No	14	56	25	50	39	52
<b>Apoyo Económico</b>						
Si	19	76	33	66	52	49.3
No	6	24	17	34	23	50.6
<b>Dependencia económica</b>						
Si	16	64	20	40	36	48
No	9	36	30	60	39	52
<b>Ingreso Mensual</b>						
0.00-500.00	5	20	0	0	5	6.7
501.00-1500.00	6	24	11	22	17	22.6
1501.00-2500.00	6	24	5	10	11	14.7
2501.00-3500.00	4	16	14	28	18	24
Más de 3501.00	4	16	20	40	24	32
<b>Actividad Física</b>						
Si	5	20	10	20	15	20
No	20	80	40	80	60	80
<b>SFF* (APGAR Familiar)</b>						
Alta SFF	8	32	34	68	42	56
Media SFF	10	40	14	28	24	32
Baja SFF	7	28	2	4	9	12

*Fuente: Encuesta "Prevalencia de depresión en el adulto mayor en la colonia Infonavit Fidel Velázquez Chetumal, Quintana Roo, 2018.*

Así mismo se realizó la distribución de las variables percepción de la salud, antecedentes y eventos médicos ocurridos en los últimos 6 meses, donde se observó que el 60% de las personas con síntomas depresivos refirieron tener una percepción regular de su salud, por otra parte el 60% y el 50% de las personas que refirieron tener mala y muy mala salud, respectivamente, tienen síntomas

depresivos. Respecto a lo antecedentes médicos se observó que las personas con enfermedades crónicas degenerativas como las Dislipidemias, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos con un 52%, 50% y 44% respectivamente, así mismo destacaron las toxicomanías, donde el 48% de las personas con síntomas depresivos refirieron haber sido alcohólicas en algún momento de su vida, el 32% refirió tabaquismo pasado. Es decir que el 44.4% y el 36.3% de las personas con alcoholismo y tabaquismo pasado, respectivamente, presentaron síntomas depresivos. El 72% de las personas con síntomas depresivos se encontraban bajo tratamiento médico por alguna enfermedad, de las cuales el 38.8% tenía bajo prescripción médica más de 4 medicamentos (polifarmacia), esto representa que las personas con polifarmacia tienen 1.4 veces más probabilidad de presentar síntomas depresivos respecto a las personas con menos de 3 medicamentos como tratamiento médico. El 16% de las personas con alguna discapacidad presentaron síntomas depresivos, y el 24% refirió depender de alguien para realizar sus actividades de la vida diaria (dependencia funcional). Respecto a los eventos médicos y de salud en los últimos 6 meses se documentó que el 42.8% de las personas que refirieron hospitalización previa presentaron síntomas depresivos (tabla 4).

*Tabla 4. Percepción de la salud y Antecedentes médicos de los adultos mayores de 60 años de edad con y sin síntomas depresivos de la colonia Infonavit Fidel Velázquez, Chetumal Quintana Roo, 2018*

Percepción de la Salud	Con síntomas depresivos		Sin síntomas depresivos		No. (75)	%
	No.(25)	%	No.(50)	%		
Muy bueno	0	0	7	14	7	9.3
Bueno	6	.24	20	40	26	34.6
Regular	15	60	20	40	35	46.6
Malo	3	12	2	4	5	6.6
Muy malo	1	4	1	2	2	2.6
<b>Antecedentes Médicos</b>						
Alcoholismo presente	2	8	3	6	5	6.6
Alcoholismo pasado	12	48	15	30	27	36
Tabaquismo presente	0	0	4	8	4	5.3
Tabaquismo pasado	8	32	14	28	22	29.3
Hipertensión Arterial	15	50	25	50	40	53.3
Diabetes Mellitus	11	44	13	16	24	32

Enfermedad Cardiovascular	7	28	6	12	13	17.3
Insuficiencia Venosa	8	32	5	10	13	17.3
Enfermedad pulmonar	2	8	4	8	6	8
Enfermedad Oftálmica	4	16	5	10	9	12
Dislipidemia	13	52	13	26	26	34.6
Enfermedad Reumatoide	3	12	4	8	7	9.3
Enfermedad Renal	5	20	3	6	8	10.6
Enfermedad Cancerígena	0	0	2	4	2	2.6
Tratamiento médico	18	72	27	54	45	60
Polifarmacia	7	28	5	10	12	26.6
Discapacidad	4	16	5	10	9	12
Dependencia Funcional	6	24	6	12	12	16
<b>Eventos en los Últimos 6 meses</b>						
Enfermedad Cerebrovascular	0	0	1	2	1	1.3
Cirugía	2	8	5	10	7	9.3
Fractura	1	4	2	4	3	4
Hospitalización	9	36	12	24	21	28

*Fuente: Encuesta "Prevalencia de depresión en el adulto mayor en la colonia Infonavit Fidel Velázquez Chetumal, Quintana Roo, 2018.*

## 10. Discusión

En Estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión se encuentra entre el 6% y 20%, en Italia asciende a 40% [25]. Por otra parte en un estudio realizado en la ciudad de San Juan de Pasto, Colombia, se evaluaron los síntomas depresivos con la escala de depresión geriátrica Yesavage, donde se incluyeron 219 adultos mayores, la prevalencia global de síntomas depresivos fue del 38.4% [6].

Para el 2005, la prevalencia de depresión en México fue del 5.8%, actualmente es el trastorno afectivo más frecuente en los adultos mayores de 60 años (15-20%) en la población ambulatoria y se incrementa en los hospitalizados (25-40%) [44]. En 2004, García-Peña y colaboradores documentaron que en la ciudad de México la prevalencia de depresión en personas mayores de 79 años fue de 25.3%. Rivera Navarro y Benito León obtuvieron una prevalencia global del 29% y 14.7% para depresión mayor en su estudio realizado en adultos mayores residentes en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México en 2015 [17]. Ambos estudios emplearon la GDS de Yesavasse en su versión extendida (30 ítems) para evaluar la depresión.

La prevalencia de síntomas depresivos en la presente investigación fue del 33.3%. Siendo ésta mayor a la documentada en el país en estudios previos, pero menor a la descrita por De los Santos y Carmona Valdés en 2018 [45], donde la prevalencia de síntomas depresivos fue de 74.3%, esto podría deberse al uso de una escala de tamizaje diferente, siendo la prueba ENASEM (INEGI, 2012b) la utilizada para dicha investigación.

Sotelo-Alonso y Colaboradores, señalaron que dentro del ámbito hospitalario, en el Instituto Nacional de Nutrición, la prevalencia de síntomas depresivos rebasó el 30%, en la población general la prevalencia osciló entre el 15% y el 20%, y en pacientes atendidos en instituciones gubernamentales se encontraba entre el 30% y 40% [25].

De forma particular la prevalencia de síntomas depresivos por género fue mayor en el sexo femenino, tal como lo documentado por De los Santos y Carmona Valdés en 2018. Este comportamiento fue similar en diferentes estudios [6, 12, 17, 45].

Pando, Aranda, Alfaro y Mendoza, apoyados por la Universidad de Guadalajara y el CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología), en el 2001, establecieron que la prevalencia global de depresión en los ancianos que viven en su propio domicilio en la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México, fue de 36.2%, por sexo fue de 43.2% de las mujeres y 27.1% de los hombres, a pesar de ello es importante destacar que para dicho estudio se utilizó como prueba de despistaje la Escala de Depresión Geriátrica (EDG) de Brink [46], es decir una escala de valoración diferente a la aplicada en el presente estudio, a pesar de ello, los resultados documentados no distan de los descritos por otros investigadores, por el contrario, refleja un incremento en la prevalencia de depresión respecto a lo publicado.

Estrada y colaboradores en 2012, describieron que las causas que llevan a un sujeto a deprimirse e incluso a trastornarse son múltiples, sin poder llegar a un consenso por parte de los investigadores, dentro de estos factores resaltan; la viudez, las relaciones sociales, el apoyo familiar y las circunstancias demográficas [6, 8, 25, 45].

En 2004, J. Campos y J. Ardanez del Hospital de Sant Gervasi de Barcelona, en colaboración con A. Navarro del Laboratorio de Bioestadística de la Facultad de Medicina de la universidad Autónoma de Barcelona, y por su parte Ruiz de Chavez, Zegbe, Sánchez y Casgtañeda en 2014, mencionan que el estado civil muestra una asociación con la aparición de la depresión, al coincidir con el hecho de que “tener pareja disminuye la ocurrencia de depresión y la ausencia incrementa la probabilidad de ocurrencia”. Respecto a la viudez y contrario a lo planteado y lo documentado por Estrada A. y colaboradores en dicho estudio donde no se encontró asociación entre el estado marital del adulto mayor y la sintomatología depresiva, en esta investigación la prevalencia de síntomas depresivo en adultos mayores viudos y casados fue igual (44%) [8, 47, 48]. Así mismo concluyeron que los Adultos dependientes para la realización de actividades cotidianas, tuvieron mayores porcentajes de síntomas de depresión, y que los altos niveles de ansiedad, deterioro funcional, ningún grado de formación académica y mujeres parcialmente

dependientes se asociaron con mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión. De forma similar se documentó mayor prevalencia de síntomas depresivos en personas sin escolaridad (44%) respecto a aquellos con un grado de escolaridad básico (primaria, secundaria). De la misma manera se documentó que los adultos mayores que viven solos en casa propia, que no trabajan, que son económicamente dependientes y aquellos que perciben ingresos inferiores a los 2,500.00 pesos mexicanos tienen mayor posibilidad de presentar síntomas depresivos. Dicho resultado se ve reflejado de igual manera en el estudio de J. Rivera, J. Benito y K. Pazzi realizado el julio de 2014, y previamente en un estudio más amplio que tenía como meta evaluar la salud general de las personas mayores en Ciudad Victoria, Tamaulipas en México en 2009, donde la prevalencia de síntomas depresivos fue del 29%, 14.3% para depresión leve y 14.7% para depresión mayor, así mismo se registró que las mujeres mostraron mayor proporción de síntomas depresivos por sobre los hombres, aunque no presentaba significación estadística, donde, de todas las variables sociodemográficas estudiadas, las únicas que mostraron asociación estadística con los síntomas depresivos fueron el nivel académico y los ingresos al mes en el hogar, es decir; a menor nivel educativo y un número de ingresos más ínfimo había una mayor tendencia a la depresión [17, 49]. Esto concuerda con De los santos y Valdés (2017) quienes señalaron que la situación económica de dependencia, indica que las personas mayores tienen que aceptar su condición de dependencia económica frente a su familia u otros, es decir asumir su vulnerabilidad al no contar con ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas. De igual manera refieren que dicha situación los puede comprometer a realizar actividades de correspondencia y/o compensación, lo que influye en el sentimiento de “ser una carga” para sus familiares o cuidadores. Esto tiene similitud a lo documentado en la presente investigación donde los adultos mayores que son dependientes económicamente presentaron 1.7 veces más síntomas de depresión que aquellos que no dependen económicamente de alguien [45]. Este comportamiento de la prevalencia de síntomas depresivos fue similar en aquellos que no realizan alguna actividad física y con baja satisfacción de funcionalidad familiar.

Este último punto también fue abordado por diferentes estudios, sin poder llegar a un consenso final. Investigadores como Vink D, Aartsen M, Schoevers (2008) y Paredes y Aguirre (2016) plantean la relación entre las características socio-demográficas y la depresión, sin embargo no se ha establecido su efecto potencial, esto probablemente debido a que se trata de un grupo etario donde prevalecen otros factores como la funcionalidad y comorbilidad [50]. Es decir que la depresión difícilmente puede ser estudiada como una entidad de origen sociocultural, esto se explica debido a las variaciones culturales de cada población. Paredes y Aguirre (2016) documentaron en su estudio que existía una asociación de síntomas depresivos en los ancianos que presentaron mala percepción de salud, antecedentes de obesidad, dislipidemia y EPOC [6]. Tal como se registró en los resultados de la población estudiada, donde el 60% y el 50% de las personas que refirieron tener mala y muy mala percepción de salud, respectivamente, presentaron síntomas depresivos. Por otra parte las enfermedades que predominaron en personas con síntomas depresivos fueron la dislipidemia, hipertensión arterial, y diabetes mellitus. Si bien no se pudo establecer causalidad de las variables estudiadas por las características metodológicas del estudio, diferentes autores concuerdan con que la depresión en los adultos mayores incrementa la mala percepción de salud, baja en la autoestima, estado emocional y satisfacción con la vida. Bajo esta idea se señala que la percepción de los pacientes de su enfermedad, influye en su percepción de la salud y por consiguiente en su calidad de vida. Esta premisa continúa con la idea de que los pacientes mayores de 60 años con múltiples comorbilidades, como las documentadas en el estudio, tienen menor apego al tratamiento, lo que implica mayor deterioro de la salud, autopercepción, menor interacción social y mayor presión psicológica consiguiente de las complicaciones de la o las enfermedades que padece, tal y como fue descrito por Paredes y Aguirre.

Considerando que el uso de diferentes escalas de tamizaje, aplicación de criterios clínicos, así como el número de sujetos incluidos, el tipo de población y las características metodológicas de cada estudio pueden inferir en la prevalencia que se documenta de una patología y comparado con los resultados obtenidos en diferentes estudios; lo documentado en la presente investigación refleja una

realidad alarmante respecto a los adultos mayores con síntomas depresivos, desafortunadamente no contamos con estudios previos que permitan comparar nuestros resultados en una población similar en el estado y menos aún en la ciudad de Chetumal, para así poder determinar si existiese alguna variación en la prevalencia de los síntomas depresivos en la población estudiada. Así mismo las características metodológicas del estudio no permiten establecer causalidad entre las variables estudiadas y no se cuenta con evidencia suficiente que permita establecer direccionalidad en el desarrollo de los síntomas depresivos, ya que en su mayoría de los estudios a los que se pudo tener acceso son de tipo transversal. Considerando que es el primer estudio, es esta naturaleza, realizado en la región, considero que sirve como punto de partida en este y otros campos de investigación para que se lleven a cabo estudios que permitan establecer causalidad, y posteriormente proyectos de carácter prospectivo e interventivo. Otro aspecto a rescatar es la utilización de un test de evaluación cognitiva como lo fue el MoCA, Si bien se ha descrito la variabilidad con la que se pueden presentar los síntomas depresivos y como esto limita un correcto diagnóstico, la exclusión de personas con un MoCA  $\leq 25$  permitió discriminar a las personas con demencia, que frecuentemente pueden confundirse con depresión. Por el contrario una de las limitantes fue el número de personas que fueron incluidas en el estudio, ya que solo se pudo describir la realidad en términos de prevalencia y el efectos de las variables descritas en una población que fue selecciona por conveniencia a pesar de que la muestra poblacional fue calculada por un programa estadístico para estudios descriptivos. Otra limitación es que, por el carácter transversal de este estudio, no puede asumirse una asociación causal entre los factores analizados y los síntomas depresivos. La Yesavage a pesar de ser un instrumento validado para su aplicación en población mexicana, es una escala de cribado, lo que pudiera aumentar y sobreestimar la prevalencia de síntomas depresivos por el incremento en los falsos positivos. A pesar de ello, cabe mencionar que el estudio se realizó mediante una única entrevista por domicilio y que el empleo de otros métodos diagnósticos como el de una entrevista psicológica o psiquiátrica que pueden establecer un diagnóstico definitivo no podrían llevarse a cabo por las características metodológicas del

estudio, así como los factores con los que se pudieran haber encontrado que impidieran un correcto diagnóstico, como el no poder establecer un línea de confianza con la persona, así como las condiciones del lugar y la presencia de familiares que inducirían a los entrevistados a no emitir información correcta, por ello no considero que el empleo de la GDS como instrumento para identificar síntomas depresivos en la población descrita pueda considerarse como una debilidad del estudio, considerando los objetivos del mismo.

En lo que respecta a los sesgos de medición, podrían considerarse a las variables medidas por autoreporte como los antecedentes médicos, donde la fiabilidad de la información recabada depende de las características de la persona en cuestión, finalmente la prevalencia de síntomas depresivos fue el objeto de estudio, y no el determinar si las respuestas emitidas eran concretamente correctas.

## **11. Conclusión**

En las personas de la tercera edad es difícil reconocer a la depresión como una patología médica, ya que erróneamente no son consideradas como entidades mutuamente excluyentes, esto podría deberse a que en el anciano su nivel o grado de funcionalidad y la salud mental son elementos que influyen en su percepción de salud o enfermedad, donde nuevamente toma importancia el aspecto sociocultural en el cual se desenvuelven, y es que para muchos; el envejecimiento viene acompañado de un grado de depresión. La Asociación Americana de Psicología expone que el proceso de envejecimiento no siempre es idóneo, puesto que se acompaña de varios acontecimientos como pueden ser los trastornos médicos, (ej. enfermedades crónico-degenerativas) o cambios físicos (ej. pérdida de la visión y audición), pérdida de seres queridos, incapacidad para realizar algunas actividades (de forma progresiva o en ciertos casos de manera inmediata e inesperada), así como la pérdida de autosustentabilidad a lo que sobreviene limitación de los recursos financieros, entre otros, que suelen desatar una serie de emociones negativas como tristeza, ansiedad, soledad y baja autoestima que pueden conducir al aislamiento social y apatía, que propician los síntomas depresivos, y a su vez pueden complicar problemas de salud existentes. Esto podría justificar lo fluctuante que se comporta la depresión en el anciano.

Como se expuso inicialmente, la depresión es en la actualidad un problema de salud pública, con una prevalencia elevada en los adultos mayores de 60 años de edad, y es considerada como una de las principales causas de discapacidad en la tercera edad. Como se documentó en la presente investigación y de acuerdo a diferentes publicaciones; en término de prevalencia, la depresión, va en incremento y no respeta condición socioeconómica, estado de salud, ni sexo. En múltiples estudios se han documentado factores asociados a la depresión, sin embargo no se tienen resultados concluyentes que puedan determinar causalidad en las variables estudiadas o que tengan significancia estadística. Esto coloca a la depresión como una enfermedad de difícil diagnóstico y como tal no tratada, ya que la variabilidad con la que se presentan los síntomas, así como el grado con el que lo hacen,

aumentan la probabilidad de un subdiagnóstico, ya que la presentación de los síntomas de la enfermedad (en este grupo etario) difiere de los que se presentan en personas más jóvenes. Tomando en cuenta que en esta población las enfermedades de origen metabólico, orgánico y físico, por lo general, son las que más se estudian. Sin embargo las enfermedades de origen psicológico no generan el mismo impacto en todos los profesionales de la salud, por ello investigaciones como la presente y las que se citan cobran importancia, y deben tener mayor difusión para que se generen nuevos campos de investigación y así capacitar al personal pertinente para disminuir la incidencia y prevalencia de estas enfermedades, particularmente la depresión. Se ha demostrado que la atención oportuna de este padecimiento disminuye los gastos de atención en salud, por lo que un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz permiten evitar el daño y reducir la discapacidad asociada a esta enfermedad.

Como se describió previamente, el INEGI en 2015 situó al estado de Quintana Roo en el puesto 26 por número de habitantes mayores de 60 años, para 2020 se proyecta un incremento poblacional en este grupo etario que representaría el 7% de la población total del estado, y se espera que éste se incremente hasta el 10.6% para 2030. Esto supone un incremento indiscutible de personas mayores, y con ello un acrecentamiento de la demanda de atención de problemas de salud físicos y emocionales. Dicha situación plantea retos en la creación y operación de mecanismos de política pública que permitan a la población adulta mayor vivir esta etapa con bienestar, para que esto pueda llevarse a cabo se requiere contar con investigaciones que permitan conocer y reconocer áreas de oportunidad para abordar el problema creciente.

Por ello, podemos destacar que la fortaleza de este estudio se relaciona con los resultados obtenidos comparados con estudios previos, demostrando que la prevalencia de síntomas depresivos en los adultos mayores va incrementando en el país y que las variables estudiadas en la presente investigación tienen un comportamiento similar a lo reportado por diferentes autores en otros estados del país, así como fuera de él.

Es importante destacar que los problemas de salud mental y de forma particular la depresión geriátrica representan una importante carga para cada paciente, familia e instituciones encargadas de atenderles. Específicamente, es necesario entender al envejecimiento como fenómeno social para que se puedan replantear los objetivos para satisfacer la demanda de servicios sociales y de salud de las personas adultas mayores. Ésta inclusión favorecería el diseño de políticas públicas, sociales y de salud dirigidas a la atención integral de la población mayor en la salud emocional y, con ello, salvaguardar el derecho humano a la salud en general, en especial proveer los medios pertinentes para que las mujeres mayores no acumulen desventajas sociales y culturales que incrementen su probabilidad de sufrir trastornos emocionales y mentales.

## 12. Referencias

1. INEGI. Estadística a propósito del día mundial de la población (11 de julio). Aguascalientes, AGS. Julio-2016. 1-10. Disponible en:  
[http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/poblacion2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/poblacion2016_0.pdf)
2. CENETEC. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud, 2011. Disponible en:  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194\\_GP\\_C\\_DEPRESION\\_AM/GPC\\_DEPRESION\\_ADULTO\\_1er\\_NIV.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GP_C_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf)
3. Durán-Badillo, T, Aguilar, RM, Martínez, ML, Rodríguez, T, Gutiérrez, G, Vázquez, L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Enfermería Universitaria [Internet]. 2013;10(2):36-42. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358733527002>
4. OMS. La salud mental y los adultos mayores. 12 de diciembre de 2017. Disponible en:  
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
5. García-Peña C, Juárez Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Durán-Muñoz C, Sánchez-García S. Depresión en el anciano: Una perspectiva general. En: Muñoz O, García Peña C, Durán L, Editores. La salud del adulto mayor: Temas y debates. México.: Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI; 2004.p.209-33. Disponible en:  
<https://ddsudg.files.wordpress.com/2014/06/la-salud-del-adulto-mayor-imss-2004.pdf>
6. Paredes Arturo, Y., Aguirre Acevedo, D. Síntomas depresivos y factores asociados en la población adulto mayor. 2016. Rev. Mexicana de Neurociencia Mayo-Junio 2016;17(3): 26-38. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2016/rmn163c.pdf>
7. Magnil, M., Janmarker, L., Gunnarsson, R., Bjorkelund, C. Course, risk factors, and prognostic factors in elderly primary care patients with mild

- depression: A two-year observational study. *Scandinavian Journal of Primary Health care*. 2013. 31(1): 20-25. disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3587299/>
8. Estrada Restrepo A, Cardona Arango D, Segura Cardona Ángela, Ordoñez Molina J, Osorio Gómez J, Chavarriaga Maya L. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica* [en línea]. 20jun.2012; 12(1): 81-94. Disponible en:  
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/999>
  9. M. Sarró-Maluquer, A. Ferrer-Feliub, Y. Rando-Matos, F. Formiga y S. Rojas-Farreras, et al. Depresión en ancianos: Prevalencia y factores asociados. *Semergen*. Marzo 2013. 39(7):354-360. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-depresion-ancianos-prevalencia-factores-asociados-S1138359313000178>
  10. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-de León A, Duarte-Ortuño 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  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300736>
  11. Palomeque Flores AC, Peralta Miranda EY. Tesis [Internet]. 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20219>
  12. Sánchez-García Sergio, Juárez-Cedillo Teresa, Gallegos-Carrillo Katia, Gallo Joseph J., Wagner Fernando A., García-Peña Carmen. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Ment* [revista en la Internet]. Febrero 2012; 35(1): 71-77. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100011&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100011&lng=es).
  13. Angulo Bustos LF, Sánchez Londono JP, Ulloa Rodríguez M, Baena Rivero A, Feliciano Alfonso JE. Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de Chía, Cundinamarca y su relación con percepción de funcionalidad familiar

[especialización en Medicina Familiar y Comunitaria]. Bogotá: Universidad de la Sabana; 2012. Disponible en:

<http://hdl.handle.net/10818/2082>

14. Salazar AM., et. al. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. Acta Neurológica Colombiana. 2015;31(2):176-183. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n2/v31n2a08.pdf>

15. Pinaéz García M, Re Domínguez M, Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción, Paraguay. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int; 2015, 2(2): 63-69. Disponible en:

<http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v2n2/v2n2a07.pdf>

16. Bautista Valdivia, J. Depresión en el adulto mayor por abandono familiar. Rev. Ac. de Inv. TLATEMOANI. Agosto 2016: (22):226-271. Disponible en:

<http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/22/depresion.pdf>

17. Rivera Navarro J, Benito-León J, Pazzi Olazarán K. La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. Ediciones Universidad de Salamanca. América Latina Hoy, 2015:(71): 103-118. Disponible en:

<http://revistas.usal.es/index.php/1130-2887/article/view/alh201571103118>

18. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Perfil sociodemográfico de los adultos mayores. México. 2014, ISBN 978-607-739-003-9,; 2-218. Disponible en:

[http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil\\_socio/adultos/702825056643.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf)

19. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. México. C2016 Disponible en:

[http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15\\_Cuadernillo\\_Mexico.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15_Cuadernillo_Mexico.pdf)

20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015: Quintana Roo. México:INEGI, c2016.

Disponible en:

[http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/inter\\_censal/estados2015/702825080136.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/estados2015/702825080136.pdf)

21. Gobierno del Estado de Quintana Roo. Periódico oficial del Estado de Quintana Roo; Personas de la Tercera edad. 2017. Disponible en: <http://www.qroo.gob.mx/index.php/atencion-grupos-en-situacion-de-vulnerabilidad/personas-de-la-tercera-edad>
22. Londoño Pérez, C, González Rodríguez, M. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN HOMBRES. Acta Colombiana de Psicología [Internet]. 2016;19(2):315-329. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79847072013>
23. S.V, Gulfizar. Depression in the Elderly: Clinical features and risk factors. 2012;3(6): 465-471. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3522513/pdf/ad-3-6-465.pdf>
24. Márquez Cardoso E., Soriano Soto S., García Hernández A., Falcón García MP. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Rev. Atención Primaria, Octubre 2005;36(6):293-352. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13079874>
25. Sotelo Alonso, I., Rojas Soto, J.E., Sánchez Arenas, C., Irigoyen-Coria, A. La Depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Revistas Científicas de América latina y del Caribe, España y Portugal. 2012; Vol. 14 (1): 5-13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/507/50730962002.pdf>
26. SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010. Disponible en: [https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/p\\_epidemiologico\\_del\\_adulto\\_mayor\\_en\\_mexico\\_2010.pdf](https://epidemiologiatlax.files.wordpress.com/2012/10/p_epidemiologico_del_adulto_mayor_en_mexico_2010.pdf)
27. Secretaría de salud. Cartillas nacionales de salud. Octubre 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/cartillas-nacionales-de-salud-12270>
28. Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión. NIH Num SP 09 3561. Ene. 2009. 2-11. Disponible en:

[https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf)

29. American Psychiatric Association., et al. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
30. Organización Panamericana de la Salud, Organización mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992. Disponible en:  
<http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
31. Wagner Fernando A., González-Forteza C., Sánchez-García S., García-Peña C, Gallo Joseph J.. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Rev. Salud Ment. Feb. 2012; 35(1):3-11. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002&lng=es)
32. Gómez-Angulo, C. & Campo-Arias, A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universidad Psicológica Rev. Pan. Psic. Colombia. 2017, 10 (3): 735-743. Disponible en:  
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/236>
33. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017. Disponible en:  
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/393GER.pdf>
34. Llamas Velasco, S., Llorente-Ayuso, L., Contador, I., Bermejo-Pareja, F. Versiones en Español del Mini mental State Examination (MMSE): Cuestiones para su uso en la práctica clínica. Revista Neurológica, 2015; 61: 363-371. Obtenido de:  
<https://www.neurologia.com/articulo/2015107>

35. Z. Nasreddine MD. Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) Versión Alternativa Mexicana 7.2: instrucciones de administración y puntaje. MoCA version 7.2; Enero 2014. Disponible en:  
[http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Instructions-Spanish\\_7.2.pdf](http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Instructions-Spanish_7.2.pdf)
36. Gómez Clavelina, F, J. Ponce Rosas, E. R. Una nueva propuesta para la interpretación de Family Apgar (versión en español). Aten Fam, 2010; 17(4): 102-106. Disponible en:  
[http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/viewFile/21348/20149](http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/viewFile/21348/20149)
37. Suarez Cuba Miguel A., Alcalá Espinoza Matilde. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. Rev. Méd. La Paz. 2014; 20(1):53-57. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es)
38. Quiroz, L.S. Diagnóstico de salud poblacional de la colonia Fidel Velázquez de la ciudad de Chetumal, Quintana Roo. Chetumal, Quintana Roo, 2017.
39. Estado Civil. Enciclopedia Jurídica Online. México. 2017. Disponible en:  
<http://mexico.leyderecho.org/estado-civil/>
40. Organización Mundial de la Salud. Tabaquismo. 2017. Disponible en:  
<http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
41. Ministerio de Salud Pública. Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención. Organización Panamericana de la Salud. 2013. Disponible en:  
<http://www.who.int/fctc/reporting/Annexsixurue.pdf>
42. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. 2015. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
43. Guía de Práctica Clínica para la Prescripción Farmacológica Razonada para el Adulto Mayor. México: Secretaría de Salud, 2010. Disponible en:  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/558\\_GP\\_C\\_Prescripcionfarmacologica/GER\\_PrescripcionFarmacologicaAM.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/558_GP_C_Prescripcionfarmacologica/GER_PrescripcionFarmacologicaAM.pdf)

44. Friedrich von Mühlenbrock S., et al. Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. Rev. Chil Neuro-Psiquiat, 2011; 40 (4): 331-337. Disponible en:  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v49n4/art04.pdf>
45. De los Santos, P. V., Carmona Valdés, S. E. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Rev. Electrónica Población y Salud en Mesoamérica. En-jun 2018; 15(2):1-23. Disponible en:  
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/29255/31567>
46. Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., Alfaro Alfaro, N., Mendoza Roaf P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. Rev. Esp Geriatr Gerontol, 2001:36(3):140-144. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X0174704X>
47. Campos, J., Ardanaz, J., Navarro, A. Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos; un centro sociosanitario y un programa de soporte domiciliario. Rev. Española de Geriatria y Gerontología. Enero 2004: 39 (4): 232—239. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-depresion-pacientes-edad-avanzada-dos-S0211139X04749653?redirectNew=true>
48. Ruiz de Chavez Ramirez, D., Zegbe, J. A., Sánchez Morales, F., Castañeda Iñiguez M. A. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. Rev. De Educación y Desarrollo, Abriel-junio 2014: (29): 73-78. Disponible en:  
[http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/29/029\\_RuizSalinasPolanco.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/29/029_RuizSalinasPolanco.pdf)
49. Rivera NJ, Benito-León J, Pazzi OKA, Mancinas ESE. Estudio de salud y envejecimiento en Ciudad Victoria (ESEV) -México-: metodología y datos principales. Rev Salud Publica Nutr 2009; 10 (3): 1-12. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22747>

50. Vink D, Aartsen M, Schoevers R. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders* 2008; 106: 29-44.

Disponibile en:

[https://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(07\)00228-5/pdf](https://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(07)00228-5/pdf)

## **13. Anexos**

# Anexo 1. Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Evaluación Cognitiva Montreal (Moca)  
Versión Mexicana 7.2 Versión Alterna

FECHA		No. DE FOLIO	

<b>VISOESPACIAL/EJECUTIVA</b>		Copiar el cubo		Dibujar un Reloj (Cuatro y Cinco) (3 puntos)			Puntos		
							<input type="checkbox"/> /5		
[ ]		[ ]		<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas					
<b>DENOMINACIÓN</b>									
							<input type="checkbox"/> /3		
<b>MEMORIA</b>		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		CAMIÓN	PLÁTANO	VIOLIN	ESCRITORIO	VERDE	Sin puntos
		1 er intento							
		2º intento							
<b>ATENCIÓN</b>		Lea la serie de números (1 número/seg.)		El paciente debe repetirla. [ ] 3 2 9 6 5			<input type="checkbox"/> /2		
				El paciente debe repetirla a la inversa. [ ] 8 5 2					
		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B			<input type="checkbox"/> /1		
<b>Restar de 7 en 7 empezando desde 90</b>		[ ] 83	[ ] 76	[ ] 69	[ ] 62	[ ] 55	<input type="checkbox"/> /3		
		4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos							
<b>LENGUAJE</b>		Repetir: Un pájaro puede volar dentro de ventanales cerrados si está oscuro y airoso [ ]		La abuela cariñosa envió víveres hace más de una semana [ ]			<input type="checkbox"/> /2		
		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "S" en 1 min. [ ] _____ (N ≥ 11 palabras)					<input type="checkbox"/> /1		
<b>ABSTRACCIÓN</b>		Similitud entre p. ej. zanahoria – papa= vegetales [ ]		diamante – rubí [ ]		cañón – rifle [ ]	<input type="checkbox"/> /2		
<b>RECUERDO DIFERIDO</b>		Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		CAMIÓN	PLÁTANO	VIOLIN	ESCRITORIO	VERDE	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
				[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	<input type="checkbox"/> /5
<b>Optativo</b>		Pista de categoría							
		Pista elección múltiple							
<b>ORIENTACIÓN</b>		[ ] Día del mes (fecha)	[ ] Mes	[ ] Año	[ ] Día de la semana	[ ] Lugar	[ ] Ciudad		<input type="checkbox"/> /6

Adaptación: L. Ledesma PhD.

Normal ≥ 26 / 30

TOTAL

Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios  /30

© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org

Administrado por: \_\_\_\_\_

## Anexo 2. Escala de Depresión de Yesavage (GDS Versión Reducida)

Preguntas		Sí	No
1	¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10	¿Cree tener más problema de memoria que la mayoría de la agente?	1	0
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
<b>Puntuación total:</b>			
<b>Interpretación</b>			
0 a 5 puntos: Normal.			
6 a 9 puntos: Depresión leve.			
>10 puntos: Depresión establecida.			

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (DGS): recent evidence and development of a shorter version. Brink TL, eds. Clinical

Gerontology: a Guide to Assessment and intervention. New York: Haworth, 1986.

Tomado de GPC: Diagnóstico y tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención, Secretaría de Salud, 2011.

### Anexo 3. Encuesta



**UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD**

FECHA		No. DE FOLIO	

#### **Prevalencia de depresión en el adulto mayor en la colonia Infonavit Fidel Velázquez Chetumal, Quintana Roo.**

Lea las indicaciones, antes de aplicar la siguiente encuesta.

1. El encuestador deberá presentarse e identificarse como investigador, y deberá dar explicación del motivo de la encuesta.
2. El llenado de la siguiente encuesta debe ser realizado por el investigador y/o entrevistador; la información debe ser obtenida de los adultos mayores de 60 años de edad que habiten en la zona de estudio y que previamente hayan autorizado la aplicación de la misma.
3. La información proporcionada es de carácter confidencial y será custodiada por el investigador que la aplique.
4. Rellenar el círculo con la letra, cuya respuesta represente la realidad del entrevistado. Eje. (a) ● (c) (d) (e)

#### **SECCIÓN 1. DATOS GENERALES**

1. **Sexo:** (a) Femenino (b) Masculino
2. **¿Cuántos años cumplidos tiene?**  

---
3. **¿Cuál es su estado civil actual?**  
(a) Soltero (b) Casado (c) Unión Libre (d) Divorciado  
(e) Comprometido (f) Viudo
4. **¿Qué escolaridad tiene (grado máximo de estudios)?**  
(a) Primaria (b) Secundaria (c) Preparatoria (d) Licenciatura  
(e) Maestría/Doctorado (f) Sin escolaridad

## SECCIÓN 2. ASPECTOS FAMILIARES Y SOCIALES

5. La vivienda en la cual habita actualmente es:

- (a) Propia     (b) Rentada     (c) Prestada     (d) Vive con familiares

6. Favor de rellenar el círculo que represente la regularidad de su sentir de acuerdo con las siguientes aseveraciones; 0: nunca, 1: algunas veces y 2: casi siempre.

CONCEPTO	Casi Nunca (0 pts)	Algunas veces (1 pts)	Casi siempre (2 pts)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema?			
¿Conversan entre ustedes de los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			
<input type="radio"/> (a) Alta satisfacción de la función familiar: 7-10 puntos <input type="radio"/> (b) Media satisfacción de la función familiar : 4-6 puntos <input type="radio"/> (c) baja satisfacción de la función familiar: 0-3 puntos			

7. ¿Realiza alguna actividad física?

- (a) Sí (especificar)\_\_\_\_\_     (b) No

### Sección 3. Aspectos económicos y laborales

8. ¿Actualmente trabaja?

- (a) Sí     (b) No

9. ¿Recibe apoyo económico de alguna dependencia pública o privada?

- (a) Sí     (b) No

**10. ¿Depende económicamente de algún familiar o amigo para cubrir las necesidades básicas diarias?**

- (a) Sí       (b) No

**11. Aproximadamente ¿de cuánto es su ingreso mensual?**

- (a) 0.00-500.00 pesos  
 (b) 501.00 -1500.00 pesos  
 (c) 1501.00-2500.00 pesos  
 (d) 2501.00- 350.00 pesos  
 (e) Más de 3501.00 pesos

#### **Sección 4. Estatus de salud**

**12. En este momento usted considera que su salud es:**

- (a) Muy bueno     (b) Bueno     (c) Regular     (d) Malo     (e) Muy malo

**13. Usted ingiere o ha ingerido más de 2 (1, si la entrevistada es femenino) bebidas alcohólicas al día por un periodo de aproximadamente 6 meses, Señale sí o no, según corresponda:**

- I. Alcoholismo presente       (a) Sí       (b) No  
II. Alcoholismo pasado       (a) Sí       (b) No

**14. Usted fuma o ha fumado más de un cigarrillo al día por un periodo aproximadamente de 6 meses. Señale “sí” o “no”, según corresponda:**

- a. Tabaquismo presente       (a) Sí       (b) No  
b. Tabaquismo pasado       (a) Sí       (b) No

**15. Actualmente ¿Consume medicamentos bajo prescripción médica, cuyo tratamiento dure más de 3 meses?**

- (a) Sí       (b) No      \* *En caso de marcar “No” pase a la pregunta 19.*

**16. ¿Cuántos medicamentos consume bajo prescripción médica, que hayan sido indicados en los últimos 3 meses?**

- (a) 1-3 medicamentos       (b) >4 medicamentos

**17. Usted tiene diagnóstico establecido, por personal médico, de algunas de las siguientes enfermedades (independientemente si tienen o no tratamiento).**

<b>ENFERMEDADES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Hipertensión arterial sistémica.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b
Diabetes Mellitus.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b
Enfermedades cardiovasculares.	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> b
Enfermedad cerebrovascular ( <i>en los últimos 6 meses</i> ).	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b
Insuficiencia venosa.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b
Enfermedades pulmonares.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b
Enfermedad oftálmica.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b
Dislipidemia.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b
Enfermedad reumatoide.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b
Enfermedad renal.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b
Cáncer.	<input type="radio"/> a	<input type="radio"/> b

**18. En los últimos 6 meses, usted ha:**

- |                                      |                            |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Sufrido alguna fractura.          | <input type="radio"/> a Sí | <input type="radio"/> b No |
| b. Recibido intervención quirúrgica. | <input type="radio"/> a Sí | <input type="radio"/> b No |
| c. Estado hospitalizado.             | <input type="radio"/> a Sí | <input type="radio"/> b No |

**19. ¿Padece usted alguna discapacidad?**

- a Sí                       b No

**20. ¿Requiere de ayuda o asistencia importante para poder realizar las actividades de la vida cotidiana?**

- a Sí                       b No

*TODA INFORMACIÓN OBTENIDA MEDIANTE ESTA ENTREVISTA SERÁ CONFIDENCIAL.  
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN*

#### **Anexo 4. Carta de Consentimiento Informado**



**UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO  
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD**



#### **Carta de Consentimiento Informado Para Participar en un Estudio de Investigación**

El presente documento concierne la naturaleza y propósitos del estudio de investigación titulado “Prevalencia de depresión en el adulto mayor en la colonia Infonavit Fidel Velázquez Chetumal, Quintana Roo”.

El estudio tiene como objetivo documentar la prevalencia de depresión en los adultos mayores de 60 años de edad de dicha colonia de la ciudad, así como la descripción de factores asociados, para poder efectuar estrategias viables que faciliten el diagnóstico oportuno y por consiguiente se reduzcan las complicaciones de la misma. Para lograr este objetivo se le extiende la invitación a participar en este estudio de investigación. Antes de realizar una decisión necesita conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que permita aclarar sus dudas.

Al finalizar con la lectura y una vez que decida participar, se le pedirá que firme la carta de consentimiento informado.

Procedimientos:

Al aceptar participar en la presente investigación se llevaran a cabo las siguientes intervenciones:

1. Se le aplicará la Evaluación Cognitiva Montrea (MoCA) con el fin de descartar probable demencia. Tiempo de aplicación: de 10 a 15 minutos.
2. Posteriormente se aplicará la “Escala Geriátrica de Yesavage” para determinar la presencia de síntomas de depresión. Tiempo de aplicación: 5 minutos.

3. Seguidamente se le aplicará una encuesta, de 20 preguntas, por parte del investigador, quien fungirá como el encuestador. Tiempo de aplicación: de 15 a 20 minutos.
4. No se realizará la toma de muestras biológicas ni mediciones físicas.

**Posibles riesgos y molestias:**

Se aplicará un total de 3 instrumentos; una escala de valoración de salud mental, un test geriátrico de depresión y una encuesta, lo cual podrá ser un poco agotador para usted. Es importante remarcar que la aplicación de los instrumentos se realizará en una exhibición.

**Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:**

Es importante establecer que el fin último de la presente investigación es identificar y documentar la prevalencia de síntomas de depresión, ya que el diagnóstico de dicha enfermedad requiere de la intervención de un médico, especialista en el tema, que podrá establecer el diagnóstico al igual que un plan terapéutico. Por tal motivo el investigador, los asesores de la investigación, así como la universidad no podrán dar paso a emitir juicios diagnósticos ni establecer tratamiento. Sin embargo usted podrá solicitar el resultado de la escala de MoCA de valoración de salud mental, así como de la escala geriátrica de Yesavage, al final de la aplicación de los instrumentos. Esto con el fin de brindarle un estatus que le permita comprender su estado actual respecto a lo evaluado.

**Participación o retiro:**

- Su participación en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted si no decide participar en el estudio.
- Si decide participar, puede desistir en el momento que lo desee, pudiendo informar o no sobre el motivo de su decisión, respetando totalmente este suceso.
- Al decidir el retiro del estudio se le solicitará firmar una carta de revocación, con el fin de establecer que el retiro fue de manera voluntaria.

- Su participación no le generará gastos económicos, así como no recibirá pago alguno por su participación.

**Privacidad o confidencialidad:**

La información personal obtenida por este estudio para la identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad por el equipo de investigadores.

Usted tendrá acceso al Comité de Investigación y Ética de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad de Quintana Roo en caso que tenga dudas sobre sus derechos como participante en este estudio.

**Beneficios al término del estudio:**

El presente estudio podrá ser de utilidad para conocer la realidad estadística de la prevalencia de los síntomas de depresión en los adultos mayores, para ello establecer la importancia de la valoración de la salud mental en dicho grupo etario, al igual que permitirá el desarrollo de futuras investigaciones.

**En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio, contactar a:**

**Investigador responsable:**

Dr. Miguel Ángel Chay Interian  
Médico General.

[miguel.chay@hotmail.com](mailto:miguel.chay@hotmail.com)

**Director de investigación:**

Dr. María de Lourdes Rojas Armadillo  
Médico Especialista en Medicina  
Familiar.

[Lourdes.rojas@uqroo.edu.mx](mailto:Lourdes.rojas@uqroo.edu.mx)

**Asesores de investigación:**

Psic. Denisse Peña Salazar  
Lic. en Psicología.

[Psalazardenisse@uqroo.edu.mx](mailto:Psalazardenisse@uqroo.edu.mx)

Dr. Daniela León Rojas  
Médico Especialista en Psiquiatría.

[Daniela.leon.rojas@gmail.com](mailto:Daniela.leon.rojas@gmail.com)



### Carta de Consentimiento Informado

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y comprendido con claridad la información previamente dada, recibiendo de manera satisfactoria una respuesta a mis preguntas y dudas sobre el estudio de investigación. He sido informado que la información obtenida podrá ser utilizado para fines académicos y/o científicos con la finalidad de ser publicado o difundido. Acuerdo en participar en estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante o tutor del participante

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testigo 1

Testigo 2

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Este apartado debe ser llenado por el investigador responsable o su representante:**

He explicado al Sr (a). \_\_\_\_\_ acerca de las implicaciones de su participación en el estudio de investigación, respondiendo a todas las preguntas a medida que surgieron durante la lectura de la carta de consentimiento informado. Acepto que he leído y comprendo acerca la normatividad correspondiente para realizar un estudio de investigación con seres humanos.

Firma del Investigador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_.

## Anexo 5. Carta de Revocación del Consentimiento



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO  
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE SALUD



### Carta de Revocación del Consentimiento

Título del estudio de Investigación: Prevalencia de depresión en el adulto mayor en la colonia Infonavit Fidel Velázquez Chetumal, Quintana Roo.

Investigador Responsable: Miguel Ángel Chay Interian.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Por este medio informo mi decisión de retirarme voluntariamente del estudio de investigación por las siguientes razones (opcional):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del participante o tutor

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testigo 1

Testigo 2

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

***El participante tiene derecho a solicitar toda la información recabada sobre él/ella durante el estudio. Una copia de la carta de revocación debe ser entregada al participante.***