

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

“Prevalencia de Depresión en Adultos Mayores con Hipertensión Arterial de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Casa Blanca”.

**Tesis que para obtener el Diploma de
Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

JAVIER ALEJANDRO HERNANDEZ DE LA CRUZ

Director (es):

DR. RIGOBERTO SARAO SALVADOR

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2024



Villahermosa, Tabasco, 28 de noviembre de 2023
Of. No.821/DIRECCIÓN/DACS
ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Javier Alejandro Hernández De la Cruz
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE CASA BLANCA", con índice de similitud 3% y registro del proyecto No. **JI-PG-243**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Ramón de Jesús Velarde Ayala, Esp. en M.F. Jorge Alberto Merodio Marín, Dra. Lisyane Sanabia González, Dr. Marco Antonio Reyes Dzib y la Dra. Orquidia Guadalupe Méndez Flores. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Familiar**, donde fungen como Director de tesis el Esp. en M.F. Rigoberto Sarao Salvador.

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

UJAT



DACS
DIRECCIÓN

- C.c.p.- Esp. en M.F. Rigoberto Sarao Salvador. – Director de Tesis
- C.c.p.- Dr. Ramón de Jesús Velarde Ayala. -Sinodal
- C.c.p.- Esp. en M.F. Jorge Alberto Merodio Marín. – Sinodal
- C.c.p.- Dra. Lisyane Sanabia González. – Sinodal
- C.c.p. Dr. Marco Antonio Reyes Dzib. - Sinodal
- C.c.p. Dra. Orquidia Guadalupe Méndez Flores. - Sinodal
- C.c.p.- Archivo
- DC'OGMF/wag*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 12:40 horas del día 27 del mes de noviembre de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE CASA BLANCA"

Presentada por el alumno (a):

Hernández De la Cruz Javier Alejandro
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2	1	1	E	7	0	0	5	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITE SINODAL

Esp. en M.F. Rigoberto Sarao Salvador
Directores de tesis

Dr. Ramón de Jesús Velarde Ayala

Esp. en M.F. Jorge Alberto Merodio Marin

Dra. Lisyaney Sanabria González

Dr. Marco Antonio Reyes Dzib

Dra. Orquidia Guadalupe Méndez Flores

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 24 del mes de noviembre del año 2023, el que suscribe, Javier Alejandro Hernández De la Cruz, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 211E70059 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Prevalencia de Depresión en Adultos Mayores con Hipertensión Arterial de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Casa Blanca"**, bajo la Dirección del Dr. Rigoberto Sarao Salvador, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: jh_c4@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Javier Alejandro Hernandez De la Cruz

Nombre y Firma



Sello



AGRADECIMIENTO

A mis maestros medicos familiares, que todo el tiempo se esforzaron por guiarme, enseñarme, por creer en mi y lograr ser una persona exitosa.

A mi director de tesis, por su tiempo, esfuerzo, consejos, apoyarme con su experiencia y dedicacion para poder hacer el presente trabajo de tesis.

Y en especial a la Dra Marlene Nanguce por siempre apoyar con su experiencia y conocimiento, siempre estar dando animos para continuar en est proyecto, por creer en mi.

DEDICATORIA

A Dios por que siempre esta presente en mi camino, y por poder tener a mi familia completa, a mi familia por apoyarme cada dia para poder realizar este proyecto.

A mi familia por darme la oportunidad de realizar estudios que complementan mi vida, por siempre estar ahí en las buenas y malas.

En especial a mi madre quien mwe ha impulsado y ha sido parte fundamental en la formacion, por ser el sustento en algunos momentos para poder lograr tener éxito en el caminar.



INDICE	
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
ABREVIATURAS	3
INTRODUCCIÓN	4
ANTECEDENTES	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACIÓN	10
HIPÓTESIS	12
OBJETIVO GENERAL	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
MARCOTEÓRICO	13
ISSSTE	13
ADULTO MAYOR	13
HIPERTENSION ARTERIAL	15
DEPRESION	20
METODOLOGÍA	29
CONSIDERACIONES DE BIOSEGURIDAD	34
RESULTADOS	36
DISCUSIÓN	44
CONCLUSIÓN	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	52



INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1. Edad

Tabla 2. Sexo

Tabla 3. Escolaridad

Tabla 4. Estado Civil

Tabla 5. Tipo de Derechohabiente

Tabla 6. Ocupación

Tabla 7. Actividad Física

Tabla 8. Tipo de Familia

Tabla 9. Resultado de Test de Depresión de Beck

Grafica 1. Depresión por Sexo

Grafica 2. Depresión por Edad

Grafica 3. Depresión por Tipo de Derechohabiente

Grafica 4. Depresión por Tipo de Familia



RESUMEN

Introducción: El envejecimiento es el resultado de la acumulación de diversos daños a nivel molecular y celular a lo largo del tiempo, lo que lleva a una disminución de las capacidades del cuerpo y la mente, un aumento del riesgo de enfermedad, Entre ellos, El impacto de la depresión en las relaciones y el trabajo está estrechamente relacionado con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes y la artritis reumatoide.

Objetivo general: Determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial en la CMF Casa Blanca

Metodología: estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal realizada a adultos mayores de 60 años y mas, con hipertensión arterial, en el periodo comprendido de abril-agosto del 2023. Usando el cuestionario de Beck (BDI-2) y se utiliza la estadística descriptiva mediante una base de datos del software Excel 360 y el sistema SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 25 para su procesamiento y análisis.

Resultados: predominio síntomas de mínima depresión con una frecuencia del 76% (152), depresión leve con 14% (28), depresión moderada 6% (13), depresión grave 4% (7), el grupo de edad predominante fueron los de 60-65 años con un 45% (90), seguido de 66-70 años con 29% (58), de 71-75 años el 16% (32), de 80 y mas con 6% (12) y menor frecuencia de 76-80 años 4% (8), se encontró que el sexo femenino es el que más se deprime con un 58% (115) en comparación al masculino con 42% (85); por tipo de familia se presentó mayor frecuencia en la familia de tipo nuclear con un total de 72%(144), seguido de la familia extensa con 10% (19), familia unipersonal con 8% (17), monoparental con 7% (14), y un mínimo porcentaje la familia compuesta con 3% (6).

Conclusiones: la presencia de depresion en adultos mayores con hipertension en la clinica de medicina familiar, resulto ser una patologia sub-diagnosticada, por lo



que es necesario incluir un tamizaje en la consulta diaria; se determino que el grupo de edad de mayor prevalencia fueron los de 60-65 años, con respecto al sexo fue el femenino, por tipo de familia la nuclear.

Palabras claves: Hipertension, Depresion, Adulto Mayor.

ABSTRACT

Introduction: Aging is the result of the accumulation of various damages at the molecular and cellular level over time, leading to a decrease in the capabilities of the body and mind, an increase in the risk of disease, among them, Depression's impact on relationships and work is closely related to chronic diseases such as high blood pressure, diabetes and rheumatoid arthritis.

General objective: Determine the prevalence of depression in older adults with high blood pressure at the CMF Casa Blanca

Methodology: observational, descriptive, prospective, cross-sectional study carried out on adults aged 60 years and over, with high blood pressure, in the period from April to August 2023. Using the Beck questionnaire (BDI-2) and statistics are used. descriptive using a database of Excel 360 software and the SPSS system (Statistical Package for Social Sciences) version 25 for processing and analysis.

Results: symptoms of minimal depression predominated with a frequency of 76% (152), mild depression with 14% (28), moderate depression 6% (13), severe depression 4% (7), the predominant age group was those of 60-65 years with 45% (90), followed by 66-70 years with 29% (58), 71-75 years with 16% (32), 80 and over with 6% (12) and less frequently 76-80 years old 4% (8), it was found that the female sex is the most depressed with 58% (115) compared to the male sex with 42% (85); By type of family, the highest frequency occurred in the nuclear family with a total of 72% (144), followed by the extended family with 10% (19), one-person family with 8% (17), single parent with 7% (14), and a minimum percentage is the composite family with 3% (6).

Conclusions: the presence of depression in older adults with hypertension in the family medicine clinic turned out to be an under-diagnosed pathology, so it is necessary to include screening in the daily consultation; It was determined that the age group with the highest prevalence was those between 60-65 years old, with respect to sex it was female, and by type of family it was nuclear.

Keywords: Hypertension, Depression, Older Adult.



ABREVIATURAS

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

BDI-2: Inventario de Depresión de Beck Versión 2

HAS: Hipertensión Arterial Sistémica

OMS: Organización Mundial de Salud

GPC: Guía de Práctica Clínica

χ^2 : Chi-Cuadrada

OR: Odds Ratio

ONU: Organización de las Naciones Unidas

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5ta edición

DE: Desviación Estandar



INTRODUCCION

El envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad hacen que muchas personas mayores vivan solas, sin el apoyo de su familia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los adultos mayores como aquellos que tienen 60 años o más, según la norma oficial mexicana NOM-031-SSA3-2012 (1), éste grupo de edad es más sensible y provoca dolores crónicos en el cuerpo y la mente, que poco a poco aumentan el progreso. Entre ellos, la depresión es un trastorno mental común.

Una de las enfermedades con más constancia en los adultos mayores de 60 años es la hipertensión arterial sistémica, que causa aproximadamente 8 millones de muertes cada año en todo el mundo. Según el Censo y Vivienda de 2018, en México hay 15.1 millones de mexicanos mayores de 60 años, de los cuales 6.9 millones (47.7%) padecen hipertensión arterial. (2)

Los trastornos neuropsiquiátricos se consideran un signo de muerte prematura y discapacidad. Entre ellos, la depresión es el mayor problema y el instituto de salud utiliza procedimientos médicos para diagnosticar y tratar la depresión en los ancianos. Es un cambio de humor con muchos signos y síntomas de salud, pensamientos, sentimientos y comportamiento, y se caracteriza por falta de euforia y satisfacción con las cosas, debilidad y cansancio excesivo. Casi todos los días, durante más de dos semanas seguidas, con el mínimo esfuerzo. El impacto de la depresión en las relaciones y el trabajo está estrechamente relacionado con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes y la artritis reumatoide.

Por lo anterior, el presente trabajo de investigación está enfocado para determinar la prevalencia de depresión en pacientes con hipertensión



ANTECEDENTES

Failoc R. V., Pielago M. A. (Colombia 2021) evaluaron la causa que se relaciona con la depresión en adultos mayores de los centros de salud de Chiclayo, Perú, donde en un análisis observacional, prospectivo y analítico que incluyó a adultos mayores de 60 años, usando la escala de depresión de Yesavage, participando 302 adultos mayores el cual dio como resultado una media de edad de 73 años, encontrando el 30.8% presenta manifestaciones depresivas, el 18.2% con algún grado de deterioro cognitivo, 160 (52.98%) que tenían un riesgo socio familiar, Durante la evaluación funcional se diagnosticaron 29 pacientes (9,60%). Se encontró que la depresión, el grupo de edad, el deterioro cognitivo y el análisis familiar eran similares ($p < 0,05$), y en el análisis multivariado ajustado por edad y sexo, el deterioro cognitivo y la evaluación de las relaciones familiares siguen siendo riesgosos. (3)

De la Cruz, Mitac C. Y. y colaboradores (Perú 2017) desarrollaron un estudio observacional, descriptivo transversal en pacientes adultos mayores (60 años más) con enfermedades crónicas que acudían a los consultorios externos de segundo nivel del hospital santa maría del socorro con el objetivo de determinar la frecuencia y las características asociadas de la depresión con las enfermedades crónicas, La muestra estuvo compuesta por 117 pacientes, hombres y mujeres, de 60 años o más, hablantes de español, capaces de tomar decisiones y que padecen alguna enfermedad crónica, quienes aceptaron participar en el estudio mediante la firma del formulario de consentimiento. Se utilizó el cuestionario Yesavage para medir la depresión. Como resultado, el riesgo de depresión es del 64,96% (76 pacientes), siendo 47 pacientes (40,17%) pacientes con depresión leve y 29 pacientes (24,79%) pacientes con depresión. Esto ocurrió en 53 (74,65%) de las mujeres. Entre los solteros/viudos/divorciados, 52 (98,11%); Entre los que viven solos, 23 (100%); Entre los que no trabajan, 53 (75,71%); Entre los pacientes con hipertensión arterial, 33 (85,71%); Entre las personas con diabetes tipo 2, 41 (77,36%); Entre los pacientes con retraso mental leve, 32 (54,24%). (4)



Bustamante N. J. y colaboradores (Chile 2021) realizaron un estudio descriptivo en pacientes mayores de 60 años, hospitalizados antes de cumplir 4 horas desde el ingreso al servicio de medicina interna del hospital Dr. Hernán Henrique Aravena. Entrevistando a pacientes entre enero y marzo de 2020 a 59 pacientes, 32 mujeres y 27 varones, edad promedio 73,32 (DE 6,63). El cuestionario de Yesavage-15 es del 32,20%, 52,63% para mujeres y 47,37% para hombres, concluyendo que los síntomas de depresión en personas mayores hospitalizadas son comunes, incluso incluidos en el cribado durante la hospitalización. La relación entre Yesavage y la ideación suicida destaca el papel de las emociones negativas en el suicidio de adultos. (5)

Martínez M. M., Colaboradores (México 2020), realizaron un estudio transversal analítico, donde participaron adultos mayores de 60 a 84 años en la UMF No 5 de Sahuayo, Michoacán de marzo a junio 2019, incluyó a 117 adultos mayores

Se utilizó la prueba de Yesavage, que tiene en cuenta como factores el sexo, el nivel educativo y la edad. Se utilizó la prueba de χ^2 para determinar la relación analizando la diferencia entre los coeficientes de correlación y la r de Spearman. En consecuencia. La prevalencia de depresión en la muestra fue del 40,17%. No hay diferencia en la relación entre género (mujeres: 53,85%, hombres: 46,15), nivel de educación (primaria: 82,91%, secundaria: 11,97%, secundaria: 3,42%, licenciatura: 1,71%) o la edad. El análisis de correlación no mostró asociación entre ninguna de las variables. (6)

Laines Félix G.A., González Javier F. del P, Magaña Pérez R. (Tabasco 2020) realizaron estudio observacional, prospectivo, transversal. Con un universo de 143 personas adultas mayores de 60 años con depresión. Variables: Sociodemográficas, percepción del trabajo familiar, depresión. Herramientas: ítems de la Escala de Calificación Geriátrica de Yesavage versión 15 puntos y Apgar Familiar. Análisis: estadística descriptiva y odds ratio (OR) (95% de confianza ($p \leq 0,05$)). Resultados: Se estudiaron 83 mujeres y 43 hombres, con una edad media de $69,7 \pm 5,6$ años. La edad mínima es 62 años, la edad máxima es 79 años. El 56,9% de los encuestados tiene como actividad profesional el "trabajo desde casa".



Educación, la educación primaria es inferior al 49,2%. Frecuencia de depresión 37%. Factores de riesgo: “inferiores al estudio inicial” OR 12,82 (IC95 1,45, 120,78). Prevención: educación “secundaria o superior” OR 0,06 (IC95 0,01, 0,68). La depresión ocurrió con más frecuencia entre las mujeres de este grupo de estudio que lo informado por otros autores extranjeros. La edad media de presentación es similar a otros informes. El nivel de educación es decisivo. (7)

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión o alteración depresiva, es un trastorno mental común, es un estado de ánimo abatido o la pérdida del interés por actividades por largos períodos de tiempo; Se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, el 5.7% de los adultos mayores de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión. El cual es más frecuente en aproximadamente 50% entre las mujeres que en hombres. (8)

Actualmente en México hay 13 millones de adultos mayores de 60 años, la depresión puede causar sufrimientos elevados y trastorna la vida cotidiana. En el mundo, la depresión afecta a un 7% del grupo de personas mayores en general; los estudios han demostrado que es el trastorno mental más común en personas mayores de 60 años, afectando entre el 15 y el 20% de la población consultada y alcanzando entre el 25 y el 40% durante el tratamiento domiciliario.

Entre las enfermedades crónicas, aproximadamente 25,5 millones de adultos mayores de 19 años tienen presión arterial alta y el 40% de ellos no lo saben. Sólo la mitad del 60% de los pacientes tomó sus medicamentos y la mitad mantuvo un nivel de 140/90 mmHg.

En 2018, el IMSS informó que 7.48 millones de personas con hipertensión fueron identificadas y tratadas, incluyendo 4.51 millones de mujeres y 2.97 millones de hombres. El costo estimado es de 3,490 por persona para atención simple y \$67,063 por persona para atención compleja. Así, el costo de la hipertensión y sus problemas asciende a casi 24 mil millones de pesos, o el 6,8% del presupuesto total.

Las personas mayores con depresión tienen más probabilidades de estar desempleadas que aquellas con enfermedades crónicas como enfermedades pulmonares, presión arterial alta y diabetes. Este problema afecta la salud, y causa un aumento en la utilización de los servicios médicos y los costos de la atención en salud.

En Tabasco, Según una encuesta realizada en 2010 por el Departamento de Medicina Familiar de la secretaria de Salud, basada en un diseño descriptivo y



transversal, el 92,9% de los adultos no padece depresión, frente al 5,2%. Depresión leve y el 1,9% presenta depresión moderada. Se reconoce que la depresión, hasta la depresión mayor, es una patología psicológica que afecta la calidad de vida. Es una afección cada vez más común en adultos sin un diagnóstico precoz.

Estos eventos son particularmente importantes debido al papel que desempeña esta institución como uno de los principales centros de suicidio del país. A pesar de su importancia, la depresión es una enfermedad desatendida y que recibe poca atención por parte de los médicos, no sólo en México sino también en América Latina en general. (7)

Por este motivo surge la necesidad del estudio entre la relación de estas dos patologías, por lo cual deriva la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial en la clínica de medicina familiar casa blanca?



JUSTIFICACION

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan síntomas afectivos, en mayor o menor grado signos cognitivos, somáticos, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.

Se caracteriza por la desesperanza, la tristeza, la baja confianza en uno mismo, puede ser impaciente e independiente independientemente de los factores externos y puede conducir al suicidio debido al deterioro de la vida. (9)

publicaciones indican que la depresión tiene una mayor prevalencia en las personas adulta mayor que en gente joven, actualmente la población está envejeciendo a ritmo acelerado aumentando la prevalencia de enfermedades crónicas al no tratarlas implica incapacidad presentando secuelas complicaciones que dificultan su autonomía generan depresión en el adulto mayor.

La hipertensión es una enfermedad común y se cree que el 60% de las muertes en todo el mundo están relacionadas con la hipertensión y, de manera similar, la depresión es una enfermedad común en este paciente. Debido a esta situación, ha realizado numerosos estudios sobre la relación entre la depresión y la hipertensión arterial. La toma de múltiples medicamentos y los servicios de atención médica frecuentes son características de los pacientes con depresión.

Se ha demostrado que la depresión y la ansiedad están controladas por muchos factores, algunos de los cuales son cambiables y otros inmutables, que se encuentran en ambas organizaciones. (10)

Entre las características observadas en estos pacientes, el descontrol de la presión arterial puede ser tratado con un tratamiento ineficaz. Polifarmacia, Re-hospitalizaciones, investigación clínica y de laboratorio, etc. aumentando el costo del tratamiento.

La depresión es una enfermedad grave que no es priorizada ni por los pacientes ni por los médicos, situación que, por un lado, impide a los pacientes buscar tratamiento por este motivo y, por otro, impide a los médicos realizar el diagnóstico.



Esto reduce las acciones necesarias para resolver estas enfermedades e investigar las razones que las causan.

Todo lo anterior y el resultado de esta investigación se pueden establecer estrategias, programas para detectar en forma oportuna el problema de la depresión en el adulto mayor con hipertensión, cuando es prevenible desde la atención primaria.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



HIPOTESIS

Los pacientes adultos mayores hipertensos tienen mayor predisposición a padecer depresión.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial en la CMF Casa Blanca ISSSTE

OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar el tipo de familia donde prevalece la depresión de los pacientes hipertensos.
- Conocer los factores de riesgo relacionados con la depresión en pacientes hipertensos.
- Establecer la relación que existe entre depresión e hipertensión.



MARCO TEORICO

ISSSTE

La creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, como un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, se da el 30 de diciembre de 1959, Gestiona seguros, beneficios y servicios y nombra una junta directiva y un directivo para gestionar la organización.

La institución comenzó a brindar servicios el 1 de enero de 1960. La organización se estableció para atender a los obreros, burócratas y maestros y sus familias que trabajan en toda la República. Luego, el 27 de diciembre de 1983, se incluye el fondo de vivienda y una comisión para vigilarla. (11)

La Clínica de Medicina Familiar de Casa Blanca del ISSSTE en la ciudad de Villahermosa, es la única existente en la ciudad, iniciando actividades el 16 de noviembre de 1970 en la antigua clínica hospital Dr. Daniel Gurría Urgell que posterior se convierte en solo hospital y la atención de consulta externa de medicina familiar fue trasladada a donde se encuentra en la actual instalaciones las cuales fueron inauguradas el 9 de febrero del 2004. (12)

ADULTO MAYOR

Actualmente la población está envejeciendo a ritmo acelerado gracias a la combinación de las tasas de fecundidad con las mejoras constantes en la esperanza de vida; lo anterior trae a su vez como consecuencia que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar.

El envejecimiento es el resultado de la acumulación de diversos daños a nivel molecular y celular a lo largo del tiempo, lo que lleva a una disminución de las capacidades del cuerpo y la mente, un aumento del riesgo de enfermedad y, en última instancia, de muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes y su asociación con la edad de una persona es algo relativa. Las diferencias observadas en las personas mayores no están relacionadas. Además de los cambios biológicos,



el envejecimiento suele asociarse con otros cambios en la vida, como la jubilación, el traslado a una vivienda mejor y la muerte de amigos y asociados. (13)

En 2017, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), avaló el concepto de personas mayores como aquellas que tienen 60 años o más, estimando que del 2015 al 2050, el porcentaje de personas con 60 años o más aumentará. de la población mundial aumentará de 900 millones a 2 mil millones. Esto representa un aumento del 12% al 22%. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2017 la población de 60 años y más era de 12.973.411 habitantes, de los cuales el 53,9% eran mujeres y el 46,1% hombres.

Nuestro país enfrenta cambios demográficos donde las personas mayores están envejeciendo debido a la disminución del número de hijos por mujer en edad fértil y al aumento de la esperanza de vida, acelerando el envejecimiento poblacional mas evidente. (14)

El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fertilidad han provocado un rápido aumento de la población de edad avanzada en casi todos los países. Esto se debe a la necesidad de mejorar la salud y la capacidad laboral de esta población, así como su participación en la sociedad y su seguridad. De hecho, puede representar una enfermedad insalubre a largo plazo que causa depresión, ansiedad, tristeza y baja autoestima, lo que en última instancia conduce a la separación o quejas. (4)

El envejecimiento trae consigo muchas comorbilidades y problemas de salud poco comprendidos o pasados por alto, lo que define a las personas mayores como una fuente compleja y frecuente de tratamiento y atención, causada por muchos factores específicos, que conducen a una mala salud. Esto plantea problemas. El uso inadecuado de muchos medicamentos puede causar problemas en la vida diaria, incluidos efectos secundarios, que provocan una mayor coordinación, un rendimiento deficiente y falta de libertad. (15)



A medida que envejecemos, el cuerpo sufre cambios como una pérdida de elasticidad de los vasos sanguíneos que, sumado a la acumulación de lípidos, impiden la circulación sanguínea y aumentan la presión arterial. (16)

El envejecimiento se considera un proceso natural que conduce a muchos cambios y funciones en el sistema cardiovascular, lo que puede provocar un aumento de la presión arterial en este grupo de edad. (17)

El Envejecimiento Saludable (2021-2030) en las Naciones Unidas tiene como objetivo disminuir la discrepancia en materia de salud, mejorando la vida de las personas mayores, sus familias y la comunidad a través de la acción grupal en cuatro esferas: cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar en relación con la edad y la vejez; Construir comunidades para apoyar el potencial de los adultos mayores. Al brindar atención a largo plazo a las personas mayores que la necesitan, brindamos atención centrada en la persona y cuidados intensivos que satisfacen las necesidades de los adultos mayores.

El envejecimiento vuelve a las personas con más predisposición a enfermarse, pero eso no quiere decir que esta no pueda llevar una vida feliz y con calidad, esta es la última etapa del ciclo vital, que puede verse como una etapa de soledad, y se necesita el apoyo de las personas que lo rodean para poder unirse, ser escuchado y que no se interprete como un peligro para la salud humana.

Los adultos mayores presentan mayor predisposición a enfermedades crónicas, depresión y deterioro cognitivo, estas últimas llegan en la última etapa de la vida y existiendo muchas razones anatómicas y sociales explican estos síntomas. Los ejemplos incluyen cambios en el cerebro y sus funciones durante la vejez, mayores niveles de trabajo y la incapacidad de realizar ciertas tareas que antes se realizaban sin dificultad. Esto afecta su entorno. (18)

HIPERTENSION ARTERIAL

La presión arterial alta es una de las afecciones más difíciles de tratar en la medicina actual porque es muy común. Probablemente sea el problema de salud más importante tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados. Afecta



aproximadamente a mil millones de adultos y se estima que, en 2025, 1,5 millones de personas se verán afectadas por la enfermedad, o el 30% de la población mundial.

Existe una relación entre cierto estrés mental y la presión arterial alta. Entre estos casos, la presencia de síntomas de depresión se ha señalado como uno de los más comunes. Sin embargo, la incidencia de la depresión en pacientes hipertensos aún sigue siendo incierta. Se cree que la depresión en pacientes con Hipertensión está infradiagnosticada porque los médicos no están acostumbrados a buscar síntomas de depresión en personas con hipertensión y en algunos pacientes. Este síntoma no se confunde con los síntomas somáticos. (19).

El diagnóstico de hipertensión arterial se realiza cuando la presión arterial sistólica es superior a 140 mmHg y la presión arterial diastólica es superior a 90 mmHg, medidas al menos tres veces en días diferentes. Este modelo se utiliza para el diagnóstico inicial en personas jóvenes, de mediana edad y mayores. La causa de la hipertensión arterial es desconocida, considerando numerosos factores genéticos y ambientales que se combinan para provocar efectos en el sistema cardiovascular y en la estructura renal (10).

Para clasificar se debe tener en cuenta la Presión arterial sistólica y diastólica las cuales son:

- Normal: Sistólica < 120 y/o Diastólica < 80.
- Elevada: Sistólica 120-129 y/o Diastólica >80.
- Etapa I: Sistólica 130-139 y/o Diastólica 80-89.
- Etapa II: Sistólica \geq 140 y/o Diastólica \geq 90.
- Etapa III: Sistólica > 180 y/o Diastólica > 120.

Es necesaria una valoración integral de los adultos mayores, conociendo no solo su actividad laboral o física, sino también si presentan comorbilidades o polifarmacia. o cuestiones psicológicas y sociales como el aislamiento, cuestiones financieras y de vivienda que son importantes a la hora de planificar el tratamiento; Identificar y evaluar el peso de la presión arterial según categorías establecidas, verificar



enfermedades del corazón, medir la circunferencia abdominal del paciente, medir el azúcar en la sangre, el colesterol total y los triglicéridos, incluidas las enfermedades patológicas colesterol total > 250 y triglicéridos > 180.

El envejecimiento provoca, de alguna manera, la aparición de hipertensión arterial, asociada a cambios en la presión y la función arterial. Las arterias se estrechan con el tiempo, lo que aumenta la presión arterial, lo que aumenta la demanda de oxígeno del miocardio y limita la perfusión sanguínea a otros órganos vitales. En los pacientes de edad avanzada, la anomalía más común se observa, asociada a la hipotensión ortostática, aumentando el riesgo de caídas, síncope y eventos cardíacos, y la otra es la hipertrofia del ventrículo izquierdo, vinculada a enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares.

La aterosclerosis provoca cambios en la capa media, pérdida de fibras elásticas, reducción de los vasos sanguíneos debido a la acumulación de calcio y aumento de la presión arterial debido al aumento de la resistencia periférica, lo que conduce a un aumento de la morbilidad cerebral y la alteración de la circulación sanguínea en el cerebro.

La hipertensión esencial tiene sus orígenes debido a muchos factores que se dividen en dos grupos. Factores de riesgo biológicos y trastornos psicológicos clásicos, incluidos los efectos del estrés crónico, que tienen cierta influencia en el origen y riesgo de hipertensión (20). Edad, consumo de sal, tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad, falta de ejercicio, etc. y otros trastornos mentales. Esto incluye los efectos del estrés crónico y comportamientos como la ira, la ansiedad y la depresión. Algunos estudios han demostrado que estas características tienen cierta influencia en el origen y riesgo de hipertensión arterial. (21) (22).

La hipertensión sistémica es una enfermedad crónica con múltiples etiologías que daña el sistema vascular y contribuye a la morbilidad y mortalidad por diversas enfermedades cardiovasculares. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial es un problema de salud pública, representando al menos el 45% de las muertes por enfermedades cardiovasculares y el 51% de estas personas



muere por enfermedades cerebrovasculares, lo que la convierte en la cuarta causa de muerte y años de vida saludable perdidos. (23)

La hipertensión es una patología importante a nivel mundial y es considerada un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, estando el 60% de ellas asociadas a enfermedades cerebrovasculares y el 77% a enfermedades cardiovasculares. (24)

Las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial son las más difíciles de tratar. Se estima que alrededor de 285 millones de personas en todo el mundo están afectadas por esta enfermedad y se espera que esta cifra alcance los 439 millones en 2030.

En el 2012 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), señaló que las principales causas de mortalidad en las personas de 60 años y más, correspondieron a enfermedades crónicas degenerativas en las que las enfermedades hipertensivas se encuentran en 4.3% (14)

El incremento de adultos mayores con hipertensión ha aumentado a 60% aproximadamente. Asimismo, sabemos que las personas con hipertensión a los 55 años tendrán hipertensión en dos tercios de los hombres y un tercio de las mujeres a los 70 años. La prevalencia de hipertensión en México es una de las más altas del mundo, con un promedio de 26.4%. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2012, la prevalencia de hipertensión arterial es del 31,5%, aumentando al 42,3% entre los adultos obesos y al 65,6% entre los diabéticos. (10)

Por lo que la incidencia nacional de hipertensión reportada en 2016 fue del 25.5%, cabe destacar que el 40% no tenía conocimiento que la padecía, en términos generales, más del 50% de la población mexicana sufre por lo menos de una enfermedad crónica y más de la mitad la desconoce.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que el porcentaje de personas mayores de 60 años es del 50-70%, y la frecuencia aumenta con la edad y no se considera un evento secundario del envejecimiento. La carga de la hipertensión está aumentando en todo el mundo debido al rápido aumento de la obesidad y al



envejecimiento de la población. Se estima que un tercio de la población mundial tendrá hipertensión arterial en 2025. (14)

Una de las enfermedades infecciosas más peligrosas y mortales es la hipertensión, que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre las personas mayores en los países desarrollados y en desarrollo y también representa un riesgo de enfermedad. (17), pocas veces se diagnostica en sus primeras etapas, siendo reconocida como una patología multifactorial. (25)

La presión arterial alta aumenta con la edad porque a medida que envejecemos, los lípidos aumentan en las fibras de elastina de las arterias, lo que aumenta los depósitos de calcio en las arterias. Además, aumenta el espesor de la capa de vasos sanguíneos y se produce hipertrofia y proliferación del tejido muscular, aumenta la síntesis de colágeno y la actividad de la elastasa, se destruye la elastina y aumenta la relación colágeno/elastina, provocando más potencia en los vasos sanguíneos. (10)

Los factores de riesgo no modificables asociados independientemente con una enfermedad coronaria importante son la edad avanzada, los antecedentes familiares y la raza, siendo la raza negra la más común, la más pesada y la que causa más problemas corporales, seguida de la raza hispana. Americano, asiático, caucásico.

Los cambios en los factores de riesgo modificables asociados con las arterias principales incluyen obesidad, dieta alta en sodio, consumo excesivo de alcohol, inactividad física, diabetes y dislipidemia, disminución del número de nefronas, enfermedades renales o enfermedades renales, así como depresión o depresión. En estudios de población, la falta de vitamina D también parece estar asociada con el riesgo de hipertensión arterial. (10)

Las diversas terapias de tratamiento, ya sea que incluyen un apartado o hacen mención al diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el adulto mayor recomiendan, cifras de diagnóstico de 140/90 mmHg y cifras metas de tratamiento menores a 150/90 mmHg para pacientes mayores de 60 años; cabe señalar, para



pacientes mayores de 80 años, ancianos o pacientes con comorbilidades aparecen diferentes opiniones y recomendaciones y la mayoría de guías recomiendan adaptar el manejo al estado del paciente y ajustar la ingesta en función de la respuesta del paciente. Cómo resistirse a recetar medicamentos antihipertensivos a un paciente o a reducir la presión arterial a un nivel que el paciente pueda tolerar. (23)

Es sabido que las personas con esta entidad experimentan emociones fuertes que aumentan el riesgo de padecer sintomatología depresiva, donde se documentó que los síntomas depresivos se asocian con malos resultados cardiovasculares y progresión de la enfermedad, con tasas de depresión que oscilan entre el 4 y el 58 % en estudios de estos individuos. (26)

DEPRESION

Al momento de llegar a la vejez, el ser humano presenta una serie de temores reflejados en la pérdida progresiva de las facultades físicas como psíquicas por lo que se puede caer en la depresión durante esta etapa de la vida. (27). La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en psicopatología geriátrica, asociado con mala calidad de vida, enfermedades físicas y reducción de la esperanza de vida. (28)

El adulto mayor tiene mayor morbilidad y padece especialmente enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, las cuales aumentan progresivamente la dependencia. La depresión en este grupo tiene características especiales porque las personas mayores de 60 años tienen características especiales como enfermedad, residencia, relaciones y algunos factores demográficos como el trabajo, el matrimonio, entre otros.

La soledad deprime aún más a mujeres y hombres. Un estudio realizado en Perú relacionó la depresión con problemas físicos y discapacidades, siendo este un proceso multifactorial y se ha demostrado asociación con la falta de apoyo de la red social. La incidencia anual de nuevos casos es aproximadamente del 15%.

La prevalencia de la depresión entre los adultos varía con el crecimiento poblacional y económico en América Latina, oscilando entre el 26% y el 66% en México. En la



población marginal, el 60% reporta estar deprimido. En el Perú, el 15,97% de los casos de depresión se reportan en pacientes hospitalizados y el 9,8% en la comunidad. En Colombia, estudios externos encontraron depresión en el 11,5% de las mujeres y el 4% de los hombres. Otro estudio multicéntrico encontró una tasa de depresión del 47% entre los pacientes hospitalizados, y una encuesta nacional de salud informó una tasa de depresión del 49% al 60% entre los adultos. En Chile, la depresión más alta la reportaron 7,6% y 16,3%. (29).

La depresión es un cambio de mentalidad provocado por una disminución del estado de ánimo, provocada por la importancia de los síntomas emocionales (dolor profundo, culpa, soledad), tristeza, retraimiento, irritabilidad, desesperanza, disforia emocional e incapacidad para satisfacer necesidades). Además de la vida), síntomas cognitivos (depresión, pensamientos y recuerdos negativos, pensamientos de muerte o pensamientos suicidas), síntomas negativos (apatía, anhedonia, retraso psicomotor, falta de atención al trabajo diario) también algunos) y corporales. (Tiene un impacto global en la salud mental por dolores de cabeza, fatiga, dolor, sueño, somatización, susceptibilidad a enfermedades, etc.). (9)

La depresión es causada por sentimientos de tristeza, insatisfacción y autoestima, que pueden ser persistentes y no afectar al exterior, provocando un deterioro de la vida e incluso el suicidio.

Los trastornos depresivos tienen sus raíces en condiciones biológicas, psicológicas y sociales, pueden ser causados por diversas presentaciones médicas y siempre es necesario considerar las condiciones médicas que causan la depresión antes de hacer un diagnóstico de depresión. La depresión es común en pacientes con enfermedades degenerativas y enfermedades cardíacas porque puede afectar el cuerpo de la enfermedad.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales quinta edición (DSM-5) basa la depresión en tener Cinco o más síntomas durante un período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo, como son estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, Pérdida de interés o interés en todas o casi todas las actividades diarias, pérdida repentina de apetito o



aumento de peso, disminución o aumento del apetito, insomnio o hipersomnio, ansiedad o retraso psicomotor, fatiga o debilidad, sentimientos de angustia inutilidad excesiva o culpa innecesaria, dificultad para pensar o pensar, tomar malas decisiones, pensar en cosas recurrentes, pensar en suicidarse sin un plan específico, intentar suicidarse o tener un plan específico hará esto todos los días. (30)

El cuadro clínico de la depresión puede manifestarse de diferentes maneras dependiendo de la edad, siendo los pacientes más jóvenes los que muestran síntomas a menudo relacionados con su comportamiento, mientras que las personas mayores ven síntomas físicos, como insatisfacción, incapacidad para afrontar la situación, estar satisfechos, y esto, de forma temprana. somnoliento Unas horas antes de lo habitual, la depresión empeoró por la mañana, el peso psicomotor disminuyó, se produjo ansiedad, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. Dependiendo de su número y gravedad, la depresión se puede clasificar en leve, moderada o grave (OMS, 2020).

Un estudio internacional muestra que la tasa de depresión entre las personas mayores en todo el mundo es del 13,5%, mientras que estudios importantes como el EURODEP (Estudio europeo sobre la depresión en personas mayores que viven en comunidades) muestran que el 12,3% del mundo está deprimido. % (mujeres, 14,1%; hombres, 8,6%). Estos estudios se llevaron a cabo en Europa y países en desarrollo.

La depresión en los adultos mayores debe diagnosticarse, evaluarse y tratarse mejor en los pacientes, y es importante identificar los problemas asociados con la depresión en los adultos mayores y ayudar a medir el apoyo. Este grupo de edad recibe atención primaria. (3)

Para las personas mayores de 65 años, la depresión es el trastorno psicológico más común que afecta la calidad de vida, además de dificultar el tratamiento de las comorbilidades. En México, la prevalencia de depresión en este sector de la población es del 15 al 17%. Sin embargo, los estudios han demostrado que entre las personas de 65 a 74 años la depresión alcanza el 43%. (14)



La Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM 2018) revela que el 59% de las personas mayores encuestadas padece depresión. Por otro lado, a partir de datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (ENSANUT), se encontró que solo el 17,6% de los adultos padece depresión. Los síntomas depresivos se evaluaron utilizando la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). (6)

Un estilo de vida sedentario y una actividad física reducida en las personas mayores se asocian con una mayor depresión, siendo las mujeres las más afectadas en los primeros años de la vejez y un equilibrio de género después de los 80 años.

El insomnio no sólo es un factor de riesgo de depresión, sino que también está asociado a su persistencia y recurrencia. Existe una relación entre la depresión y la dificultad para conciliar el sueño. La depresión puede causar insomnio y el insomnio puede causar depresión. Esto se explica por los mecanismos fisiopatológicos que subyacen a la regulación del sueño y por los efectos que hacen que las personas sean vulnerables a estos dos fenómenos.

Para los pacientes con depresión, el manejo de las enfermedades crónicas es importante porque el tratamiento antidepresivo y la psicoterapia se utilizan simultáneamente. Se ha demostrado que la psicoterapia mejora la depresión, reduce el dolor, mejora la calidad de vida y el funcionamiento y mejora las finanzas. (31)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II) es un cuestionario autoadministrado de 21 ítems. Es una de las herramientas utilizadas para medir la gravedad de la depresión. (32)

Se recomienda realizar un tamizaje para depresión dentro de la evaluación del adulto mayor, el cual consiste en una sola pregunta “¿Se siente triste o deprimido?; Cuando la respuesta es afirmativa, se recomienda realizar la escala de depresión geriátrica para complementación diagnóstica. (15)

En la depresión del adulto mayor influyen varios factores, tanto genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Varios factores anatómicos tratan de



explicar la depresión, entre ellos el tamaño diferente de hipocampo, para hipocampo, amígdala y corteza prefrontal. También se ha postulado, a neuronas con alteración de su metabolismo y tamaño, acción de las monoaminas y otros neurotransmisores, vulnerabilidad genética, estrés, e inflamación (33). La etiología vascular parece relacionarse con la depresión tardía. Por mucho tiempo, se ha estudiado el papel de la serotonina y se considera que en la depresión la alteración de la serotonina afecta a personas vulnerables (29). Se consideran de importancia los siguientes factores:

- **Demográficos.** La gran mayoría de estudios reporta que la proporción de depresión es más alta en mujeres que en hombres. Las viudas, ancianos aislados, pobres, institucionalizados y sometidos a estrés presentan depresión más frecuentemente. La prevalencia es mayor en el área rural que en la urbana.
- **Biológicos.**
 - **Enfermedad Orgánica.** Se ha demostrado asociación entre enfermedad cardiovascular y depresión, en muchos casos la depresión se presenta antes que el trastorno cardiovascular. Se han encontrado patrones de morbilidad más frecuentes en adultos mayores, por ejemplo, enfermedades cardio-metabólicas y depresión, ansiedad y depresión, y dolor-desórdenes neuropsiquiátricos y depresión. Diabetes y cardiopatías han sido relacionadas con la depresión; el estudio ELSA (English Longitudinal Study of Ageing), realizado en 4454 pacientes diabéticos adultos mayores, demostró asociación entre depresión-diabetes y trastornos cardiovasculares (34). Se observa una alta prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades cerebrovasculares. Camus et al., hacen referencia al término “Depresión vascular” para describir los trastornos depresivos consecutivos a enfermedad cerebrovascular (35) (36).
 - **Deterioro Funcional.** La limitación funcional en los adultos mayores está relacionada con depresión y sentimientos de inutilidad. Un estudio en USA encontró asociación entre síntomas depresivos y alteraciones en la



marcha. En México, un estudio en pacientes hospitalizados encontró que 62% era dependiente y que existía relación directa entre depresión y disfunción, La fragilidad en adultos mayores se entiende como pérdida de energía, masa, fuerza muscular, reserva fisiológica disminuida e intolerancia al ejercicio; depresión y fragilidad coexisten en 10% de adultos mayores (37).

- **Deterioro Cognitivo.** La depresión y su relación con el deterioro cognitivo tiene amplia evidencia científica. La depresión puede ser un signo de demencia incipiente y algunos pacientes con depresión permanecen sin síntomas mientras no tienen demencia. La relación causa-efecto entre depresión y demencia es muchas veces difícil de establecer, además, se ha observado que la depresión en el adulto mayor puede preceder a la demencia. Un estudio realizado en 195 adultos mayores con deterioro cognitivo encontró más relación entre depresión y Alzheimer que con otros tipos de demencia (38) (39). Una revisión sobre la relación entre cognición y depresión encontró que la dificultad de integración social en la depresión mayor puede deberse, en parte, a la dificultad de interpretar los estímulos en la demencia. Algunos estudios han reportado que la demencia puede influir en la respuesta al tratamiento de la depresión; sin embargo, la evidencia no es clara.
- **Insomnio.** Como la demencia, el insomnio está relacionado con la depresión, pero puede ser un factor o un efecto. El estudio multicéntrico IMPACT, en 1 801 adultos mayores, encontró que los pacientes con insomnio tenían mayor probabilidad de tener depresión y mayor persistencia de la enfermedad. Otro estudio, en USA, reportó que el insomnio en un año aumenta la prevalencia de depresión al siguiente año, recomendando incluso la detección de alteraciones del sueño para un mejor tratamiento de la depresión. Un estudio en tres ciudades de Francia en 3 824 adultos mayores concluyó que los síntomas del insomnio y el uso de medicación aumentan el riesgo de depresión (40).



- **Sociales.** El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla. Puede además influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida. Nazemi et al., en Irán, reportaron 90% de depresión en adultos mayores asilados. En China se encontró una prevalencia de 36,94% en ancianos abandonados de zonas rurales. La depresión es más frecuente en situación de riesgo social y con baja condición socio económica. Siversten et al., en una revisión reciente encontraron que la depresión es más frecuente y grave en adultos mayores con menor calidad de vida. También se ha demostrado que la depresión mayor, bajos ingresos económicos, enfermedades crónicas y dependencia influyen en la ideación suicida. En Brasil, un estudio transversal en 1 012 personas mayores de 60 años encontró menor frecuencia de depresión en personas con indicadores de envejecimiento activo, como tener amigos, trabajo y hábito de leer.
- **Económicos.** Es evidente que la situación económica influye en el estado de ánimo de las personas, es más probable que la persona con bajos ingresos económicos se encuentre triste, esto se aplica a todas las edades. Una encuesta a adultos mayores en China y Rusia atribuyó el menor nivel de depresión en China a mayores niveles de seguridad económica y cohesión social, es decir, a los efectos de los recursos económicos y sociales sobre la depresión. Las circunstancias económicas pueden ser importantes para determinar la satisfacción y el estado de ánimo de la vida, no sólo por la situación objetiva, sino también por su interpretación subjetiva. Lo que para una persona puede ser una quiebra financiera para otra persona puede no serlo, por tanto, variables subjetivas como la autoestima de la salud, la situación económica y la satisfacción con la vida deben considerarse al abordar al paciente deprimido (40) (41) (42).

La depresión del adulto mayor agrava las comorbilidades, aumenta las necesidades de atención de salud incluyendo la atención de hospitalización y emergencia, aumenta la discapacidad, deteriora la calidad de vida, aumenta el consumo de drogas y alcohol. Además, aumenta el riesgo de muerte especialmente en



síndromes depresivos mayores, como lo demostraron Schoevers et al., en un seguimiento a 10 años de 3 746 adultos mayores (43) (44).

Alentar a los individuos a iniciar, mantener y expandir el compromiso social en los últimos años de vida podría ayudar a mantener y mejorar la calidad de vida relacionada a la salud y disminuir los síntomas depresivos. Los gastos de salud en adultos mayores con depresión se incrementan de manera importante por complicaciones en enfermedades crónicas como insuficiencia cardiaca y diabetes. El adulto mayor es usuario frecuente de los servicios de salud; en Ecuador, 7 de cada 10 adultos mayores acudieron a los servicios médicos para ser atendidos, 38% lo hicieron a un servicio público, las visitas al médico aumentan en pacientes deprimidos (45).

El cuidado de los adultos mayores con depresión y enfermedad cardiovascular debe incluir intervenciones sobre el estilo de vida y factores psicológicos. La prevención y tratamiento de la depresión debe ser parte del manejo integral de las enfermedades cardiovasculares en el adulto mayor (45) (46). El deterioro cognitivo y la depresión, enfermedades que frecuentemente están asociadas en el adulto mayor, parece aumentar la mortalidad por todas las causas. La comorbilidad debe ser cuidadosamente evaluada, pues parece ser un índice independiente de mayor fragilidad, que acorta la esperanza de vida (47).

Los síntomas neuro-psiquiátricos, entre ellos la depresión, obstaculizan el proceso de rehabilitación después de un accidente cerebrovascular, deterioran el nivel de vida, provocan institucionalización y agregan carga económica y emocional a la familia (48). El riesgo de mortalidad a largo plazo asociado a depresión en hogares de ancianos depende de su detección oportuna; mejor pronóstico tiene los residentes con depresión detectada. Es importante la búsqueda de síntomas depresivos en todo paciente institucionalizado.

La depresión es un factor de riesgo para la demencia, pero no está claro si es causal. Un estudio longitudinal de 14 años en 4 922 personas de entre 71 y 89 años, encontró asociación entre demencia y depresión, pero solamente los primeros 5 años; además, los hombres con historia de depresión tienen mayor riesgo de



desarrollar demencia. Es probable que la depresión sea un marcador de demencia incipiente (47) (48) (49).

La depresión de inicio tardío se asocia más a menudo con deterioro cognitivo que la depresión temprana. Hashem et al., encontraron que la depresión de inicio tardío era más severa y afectaba mayormente la cognición en cuanto a memoria, fluidez verbal y habilidades visuoespaciales. El uso de alcohol y drogas para aliviar el estado de ánimo es común en todas las personas, pero se asocia especialmente, con el incremento de la comorbilidad psiquiátrica, ansiedad y trastornos de personalidad; sin embargo, un estudio en USA reportó que la prevalencia de trastornos del humor, la ansiedad y el consumo de sustancias durante 12 meses y durante toda la vida fue menor para los adultos mayores de 65 años, que para los grupos de edad más jóvenes (50).

Muchos adultos mayores reciben tratamiento farmacológico para trastornos neuropsiquiátricos; las benzodiacepinas en combinación con antidepresivos se prescriben de manera inconsistente con las normas. Se debe tener en cuenta para la prescripción de antidepresivos los riesgos de esta práctica generalizada (51).

Si bien existen estudios que evalúan la asociación entre hipertensión arterial y los síntomas depresivos, los resultados aún son controvertidos. Sumado a ello, no se reportan estudios que hayan considerado el tiempo de diagnósticos como un elemento que pueda controlar dicha asociación. Por lo tanto, conocer si existe asociación entre la hipertensión arterial y los síntomas depresivos considerando el tiempo de diagnóstico podría servir como una herramienta útil por sus posibles implicancias en la salud pública (50) (51) (52).



METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

DISEÑO TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal que se realizara en un consultorio de la clínica de medicina familiar casa blanca del ISSSTE, en los adultos mayores con hipertensión arterial adscritos a esta unidad, del municipio del Centro, Tabasco, que acudan a consulta médica en los meses de junio a agosto del año 2023.

POBLACION EN ESTUDIO

La población son adultos mayores con hipertensión que reciban atención médica en un consultorio de la Clínica de Medicina Familiar Casa Blanca del ISSSTE

UNIVERSO DE TRABAJO

El universo es un total 200 adultos mayores de 60 años y más con diagnóstico de hipertensión arterial que se encuentran registrados en un censo de padecimientos crónicos de un consultorio de la clínica de medicina familiar casa blanca.

TIEMPO DE EJECUCIÓN

El tiempo de ejecución de este protocolo de investigación está programado para desarrollarse del mes de abril a septiembre 2023.

ESQUEMA DE SELECCIÓN

Muestreo probabilístico aleatorio simple

DEFINICION DEL GRUPO DE CONTROL

Adultos mayores de 60 años de un consultorio de la clínica de medicina Familiar Casa Blanca ISSSTE



DEFINICION DEL GRUPO A INTERVENIR

Adultos mayores de 60 años de un consultorio de la clínica de Medicina Familiar Casa Blanca ISSSTE

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION, ELIMINACION

Inclusión:

- Pacientes que sean hipertensos
- Derechohabientes de la clínica de medicina Familiar Casa Blanca ISSSTE
- Pacientes de 60 años y más
- Que tengan consentimiento informado.

Exclusión:

- pacientes que sean menores de 60 años
- Que no sea derechohabiente del ISSSTE

Eliminación:

- Paciente con deterioro cognitivo diagnosticado.
- Paciente que no quiera participar en la encuesta.
- Cuestionarios contestados incompletos.

TIPO DE MUESTREO PROBABILISTICO, NO PROBABILISTICO

Determinación de la muestra es de 200 adultos mayores con hipertensión arterial mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, donde todos tengan la probabilidad de ser participantes de la investigación hasta obtener el total de muestra requerido.

METODOLOGIA PARA EL CALCULO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El método utilizado para obtener la muestra es a través de la siguiente formula:

$$N = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q} = \frac{415 \times 3.8416 \times 0.5 \times 0.5}{0.0025 \times 414 + 3.8416 \times 0.5 \times 0.5} = \frac{398.566}{1.9954} = 199.74$$



donde:

n: muestra

N: tamaño de la población universo

$Z_{\alpha/2}$: 1.96² (nivel de confianza)

p: 0.5 probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

q: 1-p= probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

$e^2 = 0.05^2$ (error de estimación máximo aceptado)

IDENTIFICACION DE VARIABLES

variable dependiente: depresión

variable independiente: hipertensión arterial

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ITEMS
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	Factores socioeconomicos, biologicos, sociales culturales de la poblacion muestra	EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	60-65
				66-70
				71-75
				75 >
		Sexo	características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	masculino
				femenino
		escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	primaria
				secundaria
				preparatoria
				licenciatura
		Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	posgrado
				soltero
				casado
				union libre
		tipo de derechohabiente	ser una persona adscrita a Unidad de Medicina Familiar (clínicas) y hospitales con medicina familiar con atención en primer nivel.	divorciado
				viudo
trabajador (a)				
padre o madre				
ocupacion	clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación	abuelo (a)		
		esposo (a)		
				Empleado



		Actividad Física	del puesto de trabajo desempeñado.	desempleado
			todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona	ninguno
				caminar
				correr
				nadar
				trabajos de jardín
				otros
		Tipo de Familia	grupo de individuos vinculados entre sí por filiación consanguínea o vínculos de pareja, que deciden hacer vida conjunta y que establecen entre sí nexos legales, formales y duraderos de parentesco.	unipersonal
				monoparental
				nuclear
				compuesta
				extensa
DEPRESION	afeccion asociada a cambios de humor de una persona	Test de Depresión De Beck (BDI-II)	cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas, de respuesta múltiple. es el instrumento más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión.	0-13 Mínima Depresión
				14-19 Depresión Leve
				20-28 Depresión Moderada
				29-63 Depresión Grave

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS A EMPLEAR

Para la recolección de los datos se implemento cuestionario para conocer características generales que incluye edad, sexo, escolaridad, estado civil, tipo de derechohabiente, ocupación, actividad física, tipo de familia, el siguiente apartado se emplea cuestionario de Beck (BDI-2) que consta de 21 reactivos o ítems (tristeza, Pesimismo, Fracaso, Pérdida de Placer, Sentimientos de Culpa, Sentimientos de Castigo, Disconformidad con uno mismo, Autocrítica Pensamientos o Deseos Suicidas, Llanto, Agitación, Pérdida de Interés, Indecisión, Desvalorización, Pérdida de Energía, Cambios en los Hábitos de Sueño, Irritabilidad, Cambios en el Apetito, Dificultad de Concentración, Cansancio o Fatiga, Pérdida de Interés en el Sexo), previo al consentimiento informado requisitado por el entrevistado.



PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADISTICO

Posterior a los resultados obtenidos de la encuesta, se capturaron los resultados en el sistema de software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 25 y Microsoft Excel 365 para su procesamiento y análisis. La presentación de datos que se obtuvo se presenta en graficas de barra, pastel y tablas de frecuencia.

PRUEBA PILOTO

No aplica, porque el Instrumento a utilizar esta validado

ASPECTOS ETICOS

En este protocolo de investigación, prevalecerá los criterios de respeto a la dignidad del paciente, la protección de sus derechos, principalmente el de la protección de la salud, así como el bienestar y la conservación de su integridad física. tener acceso a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional. (53)

Para poder aplicar la encuesta al paciente se solicito permiso a la dirección de la clínica de Medicina Familiar ISSSTE Casa Blanca, respetando los lineamientos y criterios éticos.

Consentimiento informado

Posterior a la obtención del permiso de la autoridad, se solicita al paciente la autorización mediante el consentimiento informado para aplicar la encuesta.

Conflictos de interés

El estudio no tiene conflicto de interés para el desarrollo del estudio.



CONSIDERACIONES DE BIOSEGURIDAD

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos determina que toda investigación debe garantizar que no se expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles, inherentes a la maniobra experimental. (54)

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

responsable de la investigación: 1

asesores: 2

colaboradores:1

RECURSOS MATERIALES

- Hojas blancas
- Impresora
- Computadora
- Lápiz
- Borrador

RECURSOS FINANCIEROS

La investigación se realizo por cuenta propia del investigador

RESULTADOS ESPERADOS Y PRODUCTOS ENTREGABLES

El resultado que se espera obtener de la investigación es saber la prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial de la Clínica de Medicina Familiar Casa Blanca ISSSTE” y determinar estrategias para prevenir la depresión.

APORTACIONES O BENEFICIOS GENERADOS PARA EL INSTITUTO

Se espera que el estudio pueda realizar cambios en la atención lo cual a veces se deja de ver el estado de ánimo del paciente mayor de 60 años con enfermedades crónicas, poder realizar detecciones oportunas que puedan prevenir la depresión en la población adulta mayor y mejorar la atención a la derechohabencia.



PERSPECTIVAS

Con esta investigación se espera poder detectar y prevenir la depresión en los pacientes con alguna enfermedad crónica, haciendo hincapié en las alteraciones que pueda generar en su presión arterial y su estado de ánimo.

DIFUSION

Se espera que el estudio pueda trascender y realizar un buen aporte a la institución, se realicen publicaciones sobre el tema en revistas de investigación estatales y nacionales.

PATROCINADORES

No se cuenta con patrocinadores para la realización de la investigación, todos los gastos corren por cuenta del investigador.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RESULTADOS

Se encuestaron 200 adultos mayores con hipertensión arterial, obteniendo los siguientes resultados, en cuanto a las características sociodemográficas, el grupo de edad con más prevalencia fue el de 60-65 años con 45% (90), seguido de los de 66-70 años con 29% (58), como tercer grupo 71-75 con 16%(32), como penúltimo grupo de 80 y más con un 6%(12), y culminando con los de 76-80 4%(8). **tabla 1.**

Tabla 1. Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
60-65	90	45%
66-70	58	29%
71-75	32	16%
76-80	8	4%
80 y mas	12	6%

Fuente: Prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial de la CMF ISSSTE Casa Blanca.

En la distribución por sexo predominaron las mujeres con 115 (58%) contra hombres 85 (43%), **Tabla 2;** el nivel de escolaridad predominante fue preparatoria (28%)56, seguido de licenciatura (25%) 51, primaria (23%) 46, secundaria (20%) 40, posgrado (4%) 7 encuestados. **Tabla 3.**

Tabla 2. Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	85	42.50%
Femenino	115	57.50%

Fuente: Prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial de la CMF ISSSTE Casa Blanca.



Tabla 3. Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Preparatoria	56	28%
Licenciatura	51	25.50%
Primaria	46	23%
Secundaria	40	20%
Posgrado	7	3.50%

Fuente: Prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial de la CMF ISSSTE Casa Blanca.

el estado civil más frecuente fue casado con (65%) 130, seguido de viudo con (16%) 31, unión libre (8%) 16, soltero (7%) 15, divorciado (4%) 8 **tabla 4**; en cuanto al tipo de derechohabiente con una prevalencia de los que más acuden a consulta son los padres del trabajador con una frecuencia de 76 (38%), seguido del propio trabajador con 67(34%), abuelo (a) con 52 (26%), en una mínima los esposo (a) con 5 (3%) **tabla 5**.

Tabla 4. Estado civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	130	65%
Viudo	31	15.50%
Unión Libre	16	8%
Soltero	15	7.50%
Divorciado	8	4%

Fuente: Prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial de la CMF ISSSTE Casa Blanca.



Tabla 5. Tipo de derechohabiente

Derechohabiente	Frecuencia	Porcentaje
Padre o Madre	76	38%
Trabajador	67	33.50%
Abuelo (a)	52	26%
esposo(a)	5	2.50%

Fuente: Prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial de la CMF ISSSTE Casa Blanca.

En lo que respecta a la ocupación prevaleció el paciente jubilado 138 (69%), seguido del trabajador (62 (31%), **Tabla 6.** con relación a si realizan actividad física se encontró que la mayor parte de los encuestados camina 99 (49%), 53 (26%) no realizan ninguna actividad, 23 (11%) corren, 17 (9%) realizan trabajos de jardín, 7 (4%) realizan natación, y 1 (1%) de las personas otras actividades. **Tabla 7.**

Tabla 6. Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado	138	69%
Trabajador	62	31%

Fuente: Prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial de la CMF ISSSTE Casa Blanca.



Tabla 7. Actividad Física

Actividad Física	Frecuencia	Porcentaje
Caminar	99	49.50%
ninguno	53	26.50%
Correr	23	11.50%
Trabajos de Jardin	17	8.50%
Nadar	7	3.50%
Otros	1	0.50%

Fuente: Prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial de la CMF ISSSTE Casa Blanca.

En lo que respecta al tipo de familia de los entrevistados que acudieron en el periodo de la aplicación de las encuestas predominó la familia que vive con pareja e hijos [nuclear 144 (72%)], seguido de la persona que vive con esposa (o), hijos y nietos [extensa 19 (10%)], seguido de la persona que vive solo [unipersonal 17 (9%)], persona que vive solo con hijos [monoparental 14 (7%)] y un 3% (6) de las familias encuestadas son compuestas. Tabla 8.

Tabla 8. Tipo de Familia

Tipo de Familia	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	144	72%
Extensa	19	9.50%
unipersonal	17	8.50%
Monoparental	14	7%
Compuesta	6	3%

Fuente: Prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial de la CMF ISSSTE Casa Blanca.



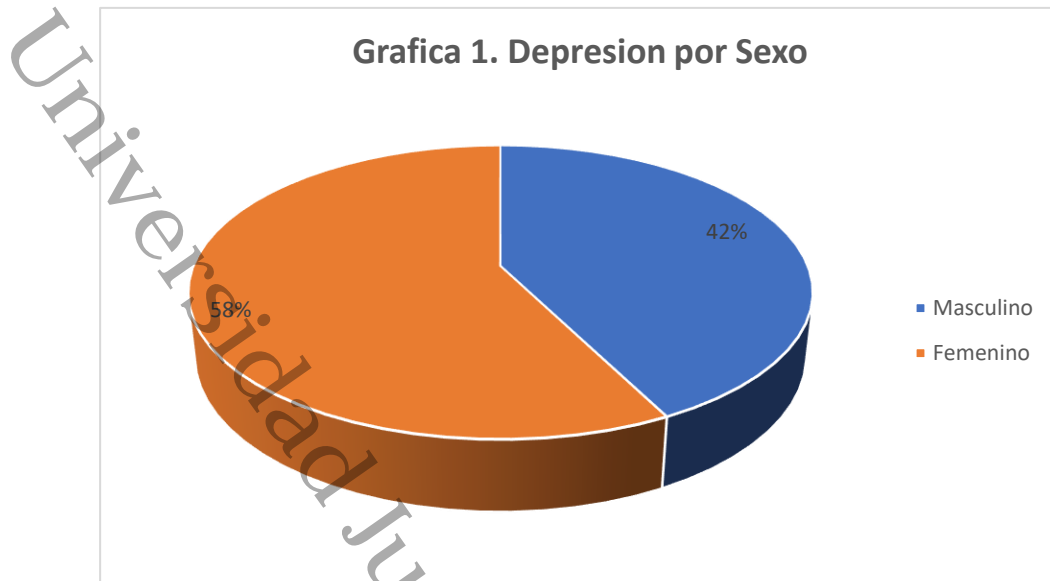
Los resultados derivados de la aplicación del Test de Depresión de Beck (BDI-2), observando predominio de síntomas de mínima depresión con una frecuencia del 76% (152), depresión leve con un 14% (28), depresión moderada 6% (13), depresión grave 4% (7). **Tabla 9.**

Tabla 9. Resultado Test de Depresión de Beck

BDI	Frecuencia	Porcentaje
Minima Depresion	152	76.0%
Depresion Leve	28	14.0%
Depresion Moderada	13	6.5%
Depresion Grave	7	3.5%
Total	200	100.0%

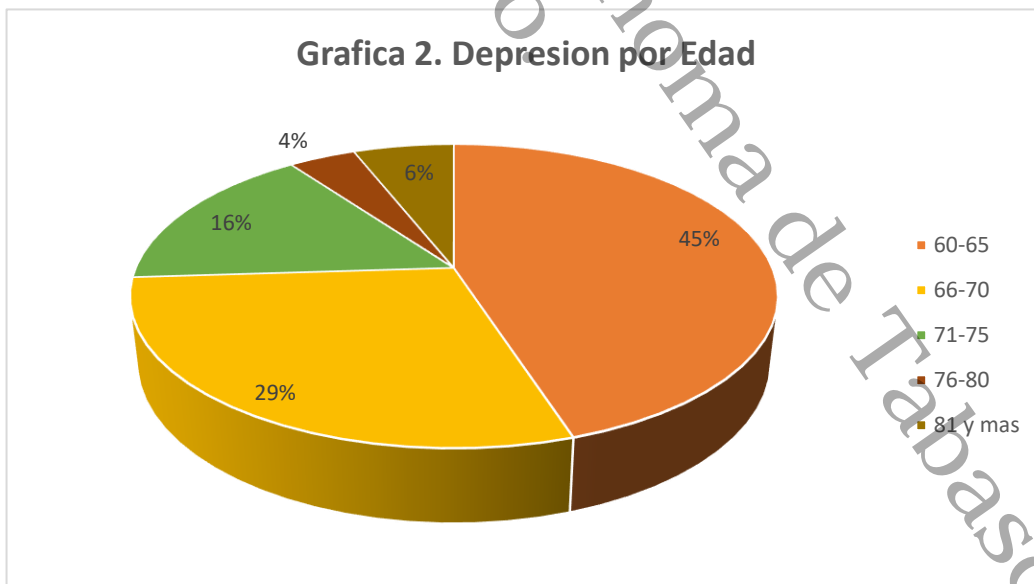
Fuente: Prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial de la CMF ISSSTE Casa Blanca.

Al análisis de las tablas cruzadas en relación a las variables de sexo y depresión se encontró que el sexo femenino es el que tiene más probabilidad a la depresión con un 58% (115) en comparación al masculino con un 42% (85) (grafica 1).



Fuente: Prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial de la CMF ISSSTE Casa Blanca.

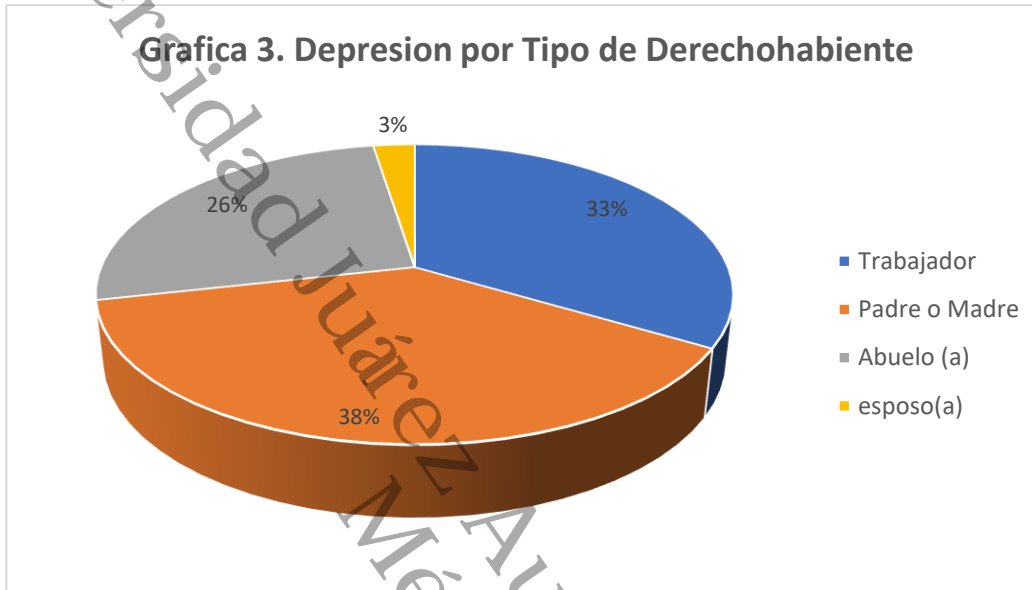
En cuanto a la relacion que existe entre la edad y la depresion en sus diferentes grados los resultados obtenidos indican que el grupo de edad que mas presenta depresion fueron los de 60-65 años con un 45% (90), seguido del grupo de 66-70 años con 29% (58), el de 71-75 años con el 16% (32), el grupo de 80 y mas con 6% (12) y el que menor frecuencia presento fue el de 76-80 años 4% (8). Grafica 2.



Fuente: Prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial de la CMF ISSSTE Casa Blanca.



Conforme al tipo de derechohabiente y la depresión, dio como resultado que el padre o madre con mayor incidencia con un 38% (76), seguido de trabajador 33% (67), en tercer lugar el rubro de abuelos con 26% (52) y en cuarto lugar esposo (a) 3% (5). **Grafica 3**

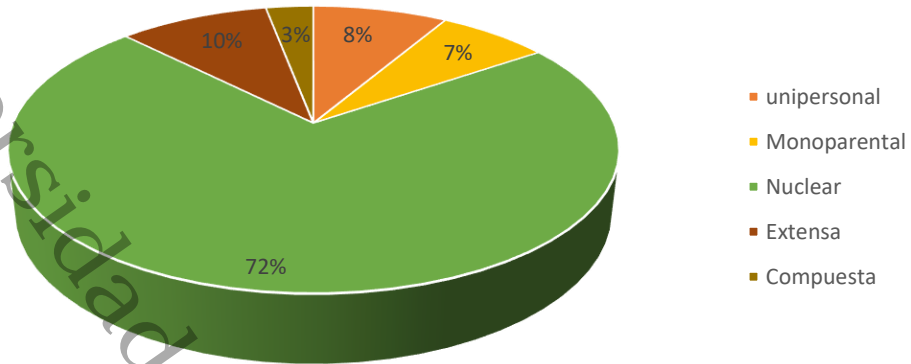


Fuente: Prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial de la CMF ISSSTE Casa Blanca.

Por tipo de familia, la depresion se presentó con mayor frecuencia en la de tipo nuclear con un total de 72%(144), seguido de la familia extensa con 10% (19), la familia unipersonal con 8% (17), la monoparental con 7% (14), y un minimo porcentaje de la familia compuesta con 3% (6). **Grafica 4**



Grafica 4. Depresion por Tipo de Familia



Fuente: Prevalencia de depresión en adultos mayores con hipertensión arterial de la CMF ISSSTE Casa Blanca.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



DISCUSION

Uno de los grandes problemas a nivel de la salud pública en el país, es la depresión en el adulto mayor, lo cual tiene consecuencias severas en la calidad de vida presentándose en función de problemas de salud, económicos, sociales y familiares. En México, la prevalencia de depresión en este sector de la población es del 15 al 17%. Sin embargo, los estudios han demostrado que la tasa de depresión entre personas de 65 a 74 años puede llegar al 43%.

Martínez M. y cols. (México 2021) en un estudio transversal y analítico, donde el objetivo era determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores en una unidad de medicina familiar, donde el resultado que obtuvieron fue una prevalencia de depresión de 40.17%, no encontrando diferencias en la proporción por género fue de 63% en el sexo femenino y 54% el sexo masculino; donde determinaron que el sexo femenino es el que tiene más probabilidad a la depresión, la prevalencia obtenida en nuestro estudio fue de 76% con mínima depresión, realizando un comparativo por género el cual nos da como resultado que el sexo femenino tiende a la depresión con un 58% que el sexo masculino con un 42%; continuando con el grado de escolaridad predominante fue bachillerato, conforme al tipo de familia que más predominó fue la nuclear cabe señalar que el estudio se realizó en una unidad del ISSSTE el cual tiene como derechohabientes con clase media, lo cual el grado de estudio será de un estrato medio.



CONCLUSION

Se concluye que la presencia de depresión en adultos mayores con hipertensión en la clínica de medicina familiar del ISSSTE Casa Blanca, resultó ser una patología sub-diagnosticada, por lo que es necesario incluir un tamizaje en la consulta diaria;

Logrando dar respuesta a la pregunta de investigación y sus objetivos al determinar que el grupo de edad de mayor prevalencia fueron los adultos mayores de 60-65 años, así como también el sexo que tiene más probabilidad a la depresión fue el femenino, conforme al grado de estudio predomina el de preparatoria, una de las características más importantes hablando de la tipología familiar con más notoriedad a la depresión fue la que se encuentra en una familia de tipo nuclear.

Por todo lo anterior, los esfuerzos para evaluar los síntomas de depresión en adultos mayores por parte de trabajadores familiares ayudarán a tomar decisiones más precisas en el hospital antes y antes de la evaluación integral.



BIBLIOGRAFIA

1. Diario Oficial de la Federación. [Online].; 2012. Acceso 04 de Mayo de 2023. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012#gsc.tab=0.
2. INEGI. Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2018. [Online]; 2018. Acceso 17 de Mayo de 2023. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/#collapse-Tabulados>.
3. Failoc Rojas vE, Del Pielago Meoño A. Factores relacionados con depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria en Chiclayo. Revista colombiana de Psiquiatría. 2021; 50(4).
4. De la Cruz Mitac YC, c. Depresión en adultos mayores con enfermedad crónica en un hospital general del Perú. cuerpo med. 2017; 10(2).
5. Bustamante N. J, Salazar R. R, Zamorano V. C, Peña S. M, Salazar V. A. Prevalencia de síntomas depresivos en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. REV. CHILENA NEURO-PSIQUIATRÍA. 2021; 59(3).
6. Martínez Mendoza Dc, Gutiérrez Mendía A, Bonaparte Caballero E, Gómez Alonso C, Lajud N. Prevalencia de Depresión en Adultos Mayores en una Unidad de Medicina Familiar de Michoacán. Atención Familiar. 2021; 28(2).
7. Laines Félix GA, González Javier FDP, Magaña PR. Factores asociados a la depresión en personas adultas mayores de área urbana de Tabasco. Multidisciplinary Health Research. 2020; 5(1).
8. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2023. Acceso 01 de Mayo de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto. Guía de Práctica Clínica. 2015; 161(09).
10. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento de Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. 2017; 238(09).
11. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.



- [Online]; 2022. Acceso 13 de Mayo de 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/issste>.
- 12 Priego Alvarez h, Meneses Hernandez JL, Lopez Naranjo JI. Calidad Percibida y Nivel de Confianza con los Servicios Medicos de la CMF Casa Blanca del ISSSTE. *Hitos de Ciencias Economico Administrativas*. 2005; 12(32).
 - 13 Organizacion Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. [Online]; 2022. Acceso 08 de Mayo de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
 - 14 Leyva Orduña SA, Lara Padilla MI. La Depresion en Adultos Mayores con Hipertension y Diabetes Mellitus. *Milenaria, Ciencia y Arte*. 2019; 1(14).
 - 15 Instituto Mexicano del Seguro Social. Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. *Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica*. 2018; 190(18).
 - 16 Mayores INPA. Instituto Nacional Personas Adultas Mayores. [Online]; 2023. Acceso 07 de Mayo de 2023. Disponible en: www.gob.mx/inapam/hipertensionarterial en personas adultas.
 - 17 Duran Badillo T, Herrera Herrera JL, Salazar Barajas ME, Mireles Alonso MA, Oria Saavedra M, Ruiz Cerino JM. Funcionamiento Familiar y Calidad De Vida En Adultos Mayores Con Hipertension Arterial. *Ciencia y Enfermeria*. 2022; 28(3).
 - 18 Parada Muñoz KR, Guapizaca Juca JF, Bueno Pacheco GA. Deterioro Cognitivo y Depresion en Adultos Mayores: una Revision sistematica de los ultimos 5 Años. *Revista Cientifica Uisrael*. 2022; 9(2).
 - 19 Vazquez Machado A, Mukamutura J, Meireles Ochoa MY, Vazquez Arias L. Trastornos Depresivos y Eventos Vitales en Pacientes con Hipertension Arterial y su relacion con la Adherencia Terapeutica. *Multimed*. 2019; 23(5).
 - 20 Rosas M, Borryo G. Impacto de los Nuevos Criterios Para diagnostico y Tratamiento de la Hipertension Arterial Sistemica Sugeridos por la American Collage of Cardiology/Americam Heart Association. *Gaceta Medica*. 2018; 154.
 - 21 Perez M, Dueñas A, Alfonzo J. Guia Cubana de Diagnostico, Evaluacion y Tratamiento de la Hipertension arterial. *Revista cubana Medica*. 2017; 56(4): p. 242-321.



- 22 Mitjams M, Arias B. La Genetica de la Depresion: ¿Que Informacion aportan las nuevas aproximaciones metodologicas? Actas Especialidad Psiquiatria. 2012; 40(2): p. 70-83.
- 23 Cruz Aranda JE. Manejo de la Hipertension Arterial en el Adulto Mayor. Medicina interna Mexico. 2019; 35(4).
- 24 uscata r, parodi jF, casado j, apolaya segura m. factores de riesgo de hipertension arterial en adultos mayores atendidos en un hospital militar Geriatrico Peruano 2015-2017. revista hispano ciencia y salud. 2023; 9(1).
- 25 Alvarez Ochoa R, Garces Ortega JP, Izquierdo Coronel DC, Bermejo Cayamcela DM, Lliguisupa Pelaez VDR, Saquicela Salinas AS. Factores de Riesgo de Hipertension Arterial en Adultos. Revista Latinoamericana de Hipertension. 2022; 17(2).
- 26 De Leon Ramirez MS, Peñarrieta de Cordova MI, Leon Hernandez R, Gutierrez Gomez T, Piñones Martinez MS, Quintero Valle LM. Relacion entre el automanejo y sintomas depresivos en personas con diabetes e hipertension. Enfermeria Universitaria. 2020; 17(1).
- 27 Vazquez Salazar MG, Ibarra Gonzalez CP, Banda Gonzalez OL, Vazquez Treviño GE, Cerda Cardenas LG. Prevalencia de la Depresion de los Adultos Mayores con enfermedades Cronicas. Desarrollo cientifico enfermeria. 2010; 18(4).
- 28 hernandez chavez I, muñiz quintero nr, Gutierrez leyva mm, hernandez mena jr, chan zavala mDJ, cetina ceh fp. Depresion en un Centro Geriatrico Comunitario Quintana Roo. Salud Quintana Roo. 2017; 9(35).
- 29 Luengo Martinez C, Ocares Bravo J, Sandoval San Martin P, Santana Uribe T, Vazquez Carrasco K, Morales Ojeda I. Depresion y desesperanza en Adultos Mayores Pertenecientes a Agrupaciones Comunitarias en Chillan, Chile. Gerokomos. 2021; 32(4).
- 30 Association AP. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5 psiquiatria aad, editor. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
- 31 Chavarria Alvarado M, Cubero Garcia S, Bogantes Barrantes C, Valverde Araya A. Depresion en el Adulto Mayor: Factores de riesgo y manejo el primer nivel de atencion.. Ciencia y salud. 2022; 6(6).
- 32 Ros R. Mental salud. [Online]; 2023. Acceso 27 de Mayode 2023. Disponible en: <https://mentalsalud.com/test-depresion-beck/>.



- 33 Diaz B, Gonzalez C. Actualidades en Neurobiología de la Depresión. Revista Latinoamericana Psiquiatría. 2012; 11(3): p. 106-115.
- 34 J. S. Evaluación del Patrón de Perfusión Cerebral con SPECT en Pacientes con Trastorno Depresivo Mayor. Correlación entre análisis Visual, Imágenes Paramétricas 3D-SSP/NEUROSTAT y Cuantificación Regional Porcentual. Asociación con Puntajes de depresión y Pruebas Neuropsicológicas. 2018.
- 35 Delucchi A, Majul C, Vicario A, Cerezo G, Fabregas G. Registro Nacional de hipertensión Arterial. Características Epidemiológicas de la Hipertensión arterial en Argentina. Revista Federación Argentina de Cardiología. 2017; 46(2): p. 91-95.
- 36 De la cruz C, Quispe M, Oyola A, Portugal M. Depresión en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en un Hospital General del Perú. Revista Cuerpo Médico. 2017; 10(4).
- 37 Sigstrom R, Waern M, Gudmundsson P, Skoog I, Ostling S. Depressive Spectrum States in a Population Based Cohort of 70 Year Olds Followed Over 9 Year. Geriatric Psychiatry. 2018; 33(8): p. 1009-1159.
- 38 Zhou H, Li R, Ma Z, Rossi S, Zhu X, Li J. Smaller Gray Matter Volume of Hippocampus/Parahippocampus in Elderly People with Subthreshold Depression: a Cross-sectional Study. BMC Psychiatry. 2016; 16(219).
- 39 Dell'Osso L, Carmassi C, Mucci F, Marazziti D. Depression, Serotonin and Tryptophan. Curr Pharm Des. 2016; 22(8): p. 949-54.
- 40 ML. A. Differences Between Younger and Older US Adults With Multiple Chronic Conditions. Prevention Chronic Dis. 2017; 14(76).
- 41 Lin WC, Hu L, Tsai S, Yang A. Depression and the Risk of Vascular Dementia: a Population Based Retrospective Cohort Study. Geriatric Psychiatry. 2017; 32(5): p. 556-563.
- 42 Hegerl K, Bleckwenn M, Wiese B, Mamone S, Riedel-Heller S, Stein J. Late-Life Depressive Symptoms and Lifetime History of Major Depression: Cognitive Deficits are Largely Due to Incipient Dementia Rather than Depression. Journal Alzheimers Dis. 2016; 54(1): p. 185-99.
- 43 Foscolou A, Tyrovolas S, Soulis G. The Impact of the Financial Crisis on Lifestyle Health Determinants Among Older Adults Living in the Mediterranean Region: The Multinational MEDIS Study (2005- 2015). Journal Prevention Medical Public Health. 2017; 50: p. 1-9.



- 44 Hajek A, Brettschneider C, Mallon T, Ernst A, Mamone S, Wiese B. Impact of Social Engagement on Health-Related Quality of Life and Depressive Symptoms in Old Age Evidence from a Multicenterprospective cohort Study in Germany. *Resultados de Salud*. 2017; 15(1): p. 140.
- 45 Allers K, Hoffmann F. Mortality and Hospitalization at the end of Life in Newly Admitted Nursing Home Residents with and Without Dementia. *Society Psychiatry Epidemiology*. 2018; 53(8): p. 833-839.
- 46 Damian J, Pastor Barriuso R, Valderrama Gama E, De Pedro Cuesta J. Association of Detected Depression and Undetected Depressive symptoms with Long-Term Mortality in a Cohort of Institutionalized Older People. *Epidemiology Psychiatric Society*. 2017; 26(2): p. 189-198.
- 47 Almeida O, Hankey G, Yeap B, Golledge J, Flicker L. Depression as a Modifiable Factor to Decrease the Risk of Dementia. *Psychiatry*. 2017; 7(5).
- 48 Hashem A, Nashreldin M, Gomma M, Khalaf O. Late Versus Early Onset Depression in Elderly Patients: Vascular Risk and Cognitive Impairment. *Current Aging Science*. 2017; 10(3): p. 211-216.
- 49 Macquart de Terline D, Kane A, Kramoh K, Toure I, Mipinda J, Diop I. Factors Associated with poor Adherence to medication Among Hypertensive Patients in Twelve Low and Income Sub- Saharan Countries. *Plos One*. 2019; 14(7).
- 50 Mahmood S, Hassan S, Tabraze M, Khan M, Javed I. Prevalence and predictors of Depression Amongst Hypertensive Individuals in Karachi, Pakistan. *Cureus*. 2017; 9(6).
- 51 Ashok V, Ghosh S. Prevalence of Depression among Hypertensive Patients Attending a Rural Health centre in Kanyakumari. *National Community Medical*. 2019; 10(3): p. 172-175.
- 52 Prathibha M, Varghese S, Gokul D, Jincy J. Prevalence of Depression Among Hypertensive Individuals in Urban Trivandrum: a Cross Sectional Study. *International Community Medical Public Health*. 2017; 4(6): p. 2156-61.
- 53 camara de diputados. [Online]; 2022. Acceso 18 de mayo de 2023. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/ldpam.htm>.
- 54 Diario Oficial De la Federacion. [Online].; 2013. Acceso 27 de Mayo de 2023. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0.



- 55 instituto nacional de las personas adultas mayores. inapam. [Online]; 30 de diciembre de 2019. Acceso 01 de mayode 2023. Disponible en: www.gob.mx/inapam/articulos/salud-mental-en-personas-mayores.
- 56 Organizacion Mundial de la Salud. OMS. [Online]; 2023. Acceso 01 de mayode 2023. Disponible en: [/www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression).
- 57 Iainés Félix GA, González Javier FDP, Magaña Pérez R. Factores asociados a la depresión en personas adultas mayores de área urbana de Tabasco. Multidisciplinary Health Research. 2020; 5(1).
- 58 Collazos Perdomo D, Ramírez Ramos CF, Torres de Galvis MY, Correas Orozco L, Ramírez Méndez D, Castilla Agudelo GA. Asociación Entre Depresión Mayor E Hipertensión Arterial en una Población Colombiana. Hipertensión y Riesgo cardiovascular. 2020; 37(4).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ANEXOS

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

fecha:

Edad: sexo: Masculino Femenino

escolaridad: Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado

estado Civil: Soltero Casado Unión libre divorciado viudo

tipo de derechohabiente: trabajador (a) padre o madre abuelo (a)

Ocupación: empleado desempleado

Realiza alguna actividad física

 Caminar Correr Nadar trabajos de jardín

Vive con esposa Vive con esposa e hijos vive con esposa, hijos y hermanos

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.



- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto



- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.



- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía Hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: