



UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DIRECCIÓN REGIONAL SUR
DELEGACIÓN VERACRUZ NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 61

**“ASOCIACIÓN DE LA DEPRESION CON EL ESTADO
COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. MIRSHA NAYDU GIL TENORIO

ASESORES DE TESIS:

**DRA. EDITH GUILLEN SALOMON
DRA. ANGELICA OCHOA SOSA
DRA. SONIA IRMA ROJAS CARRERA**



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



Universidad Veracruzana

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DIRECCIÓN REGIONAL SUR
DELEGACIÓN VERACRUZ NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 61

**“ASOCIACIÓN DE LA DEPRESION CON EL ESTADO
COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MIRSHA NAYDU GIL TENORIO

Asesores de Tesis:

DRA. EDITH GUILLEN SALOMON

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud
Médico Familiar
Correo: edith.guillen@imss.gob.mx
Matricula: 10821651

Dra. ANGELICA OCHOA SOSA

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Médico Familiar
Correo: angelica.ochoa@imss.gob.mx
Matricula: 99317804

DRA. ROJAS CARRERA SONIA IRMA

Maestra en Investigación Clínica
Médico Familiar
Correo: soniairmar@hotmail.com

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a Dios ser maravilloso que me dio fuerza y fe para creer lo que me parecía imposible terminar. Al Instituto Mexicano del Seguro Social por otorgarme la oportunidad de realizar esta especialidad tan completa y satisfactoria.

Gracias a mi mamá Elizabeth por impulsarme desde pequeña, porque contribuyo con esfuerzo, dedicación y ejemplo de vida, para que lograra la superación como persona y como profesional.

A mi esposo Roberto por impulsarme a Realizar esta hermosa Especialidad y estar junto a mí dándome comprensión y empuje, a ser fuerte y mejor persona día a día.

A mis asesoras Dra. Angélica Ochoa y Dra. Sonia Rojas por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestro posgrado y para la elaboración de esta tesis y sus acertados aportes en la elaboración y redacción de la tesis.

AUTORIZACION PARA IMPRESIÓN:

**“ASOCIACIÓN DE LA DEPRESION CON EL ESTADO COGNITIVO DEL
ADULTO MAYOR”**

Autor:

Dra. Mirsha Naydú Gil Tenorio

Autorización:

Dra. Angélica Ochoa Sosa

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No. 61

Veracruz, Ver. 2017

MÉXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3003** con número de registro **13 CI 30 193 206** ante
COFEPRIS
U MED FAMILIAR NUM 61, VERACRUZ NORTE

FECHA **27/10/2016**

DRA. ANGELICA OCHOA SOSA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

ASOCIACIÓN DE LA DEPRESION CON EL ESTADO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2016-3003-31

ATENTAMENTE

DR.(A). MARGARITO LEÓN CABAL

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3003

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Metodología	13
Resultados	16
Discusión	20
Conclusión	21
Bibliografía	22
Anexos	25

RESUMEN

Título Asociación de la depresión con el estado cognitivo del adulto mayor.

Introducción Deterioro cognitivo presenta alta prevalencia en ancianos, presentando situaciones de incapacidad, creando dependencia bajo una problemática socio-asistencial pocas veces asociándose a depresión.

Objetivo Determinar la asociación de la depresión con el estado cognitivo del adulto mayor.

Metodología Estudio transversal, prolectivo, analítico en la UMF 61 Veracruz en consulta externa, de 334 pacientes el muestreo fue no aleatorizado, tamaño de muestra basado en proporción para estudios descriptivos y formula para muestras infinitas, con nivel de confianza de 95% y error máximo del 5%. Se midió depresión con el test de Yesavage, con confiabilidad de Alpha 0.91, se aplicó el test Minimental que midió deterioro cognitivo con confiabilidad Alpha de 0.87. Se analizó con estadística descriptiva e inferencial para medir asociaciones entre variables ordinales, mediante Tab U de Kendall; significancia de $p < 0.05$, con el paquete estadístico SPSS v22.0.

Resultados Se realizaron 334 encuestas las cuales 56(17%) no presentaron deterioro mental, posible deterioro 23(7%), demencia leve a moderada fueron 250 (75%) y demencia severa con 5(1%). Se identificaron con demencia leve a moderada 135 (54%) del sexo masculino y 115(46%) del sexo femenino; con demencia moderada a severa, se detectaron 5(1%) personas: 2(1.1%) hombres y 3(2.6%) mujeres. Pacientes de familia nuclear: 55(98.2%) no presentaron deterioro cognitivo; 5(100%) presentó demencia severa. La asociación de nuestras variables de estudio muestra: sin deterioro mental y sin depresión en 53(94.6%), en depresión 4(80%) con demencia moderada, depresión moderada en 60(24%) con deterioro moderado, con $p < 0.05$.

Conclusión Se observó la depresión asociada a demencia en un 75%

Palabras claves Depresión, deterioro mental, adulto mayor

SUMMARY

Title Association of depression with cognitive status of the elderly.

Introduction Cognitive impairment presents high prevalence in the elderly, presenting disability situations, creating dependence under a socio-care problem rarely associated with depression.

Objective To determine the association between depression and cognitive status in the elderly.

Methodology In a cross-sectional, prolective, analytical study at the Veracruz FMU in outpatient clinic, 334 patients were non-randomized, proportionally sample size for descriptive studies and formulated for infinite samples, with a 95% confidence level and maximum error Of 5%. Depression was measured with the Yesavage test, with reliability of Alpha 0.91, the Minimental test was applied, which measured cognitive impairment with Alpha confidence of 0.87. It was analyzed with descriptive and inferential statistics to measure associations between ordinal variables, using Tab U of Kendall; Significance of $p < 0.05$, with the statistical package SPSS v22.0.

Results A total of 334 surveys were performed, 56 (17%) without mental deterioration, 23 (7%), mild to moderate dementia, 250 (75%) and severe dementia with 5 (1%). Mild to moderate dementia were identified in 135 (54%) males and 115 (46%) females; With moderate to severe dementia, 5 (1%) people were detected: 2 (1.1%) men and 3 (2.6%) women. Nuclear family patients: 55 (98.2%) did not present cognitive impairment; 5 (100%) had severe dementia. The association of our study variables shows: without mental deterioration and without depression in 53 (94.6%), in depression 4 (80%) with moderate dementia, moderate depression in 60 (24%) with moderate impairment, with $p < 0.05$.

Conclusion Depression associated with dementia was observed in 75%.

Keywords Depression, mental impairment, older adult

INTRODUCCION

En 1985 se instaura el Programa de Atención al Anciano institucionalizado con los criterios de enfoque integral de equipo multidisciplinario realizando una evaluación multidimensional en el triple aspecto biológico, psicológico y social con los elementos de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, donde la valoración del estado mental forma parte del proceso de valoración integral (clínica, funcional, mental y social) de los pacientes ancianos, en el área de la valoración mental varios son los aspectos que el médico debe contemplar en el adulto mayor; los principales e inexcusables son dos: las funciones cognitivas y el estado emocional. ^{1,2}

Con el avance de la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental aumentan. La depresión es uno de ellos y, además, constituye uno de los padecimientos más frecuentes e incapacitantes, las alteraciones psíquicas y sobre todo las depresiones, se asocian al estrés que experimenta este grupo de población. ^{3,4}

Se define la depresión como un desorden mental caracterizado por una alteración primaria del humor, o estado de ánimo crónicamente depresivo, de tipo crónico o recidivante; puede presentarse, entre otras formas, como un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. ^{5,6}

El deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia en el anciano y condiciona no pocas situaciones de grave incapacidad, aunque si se deja progresar origina una dependencia bajo una problemática socio-asistencial; que han creado en la actualidad un cambio en la familia determinado por los llamados Cuidadores. Basta recordar que la demencia senil tiene una prevalencia de un 20% por encima de los 80 años y es el substrato más adecuado para que múltiples procesos agudos incidan sobre ella (infecciones, deshidratación, confusión), así como complicaciones en línea con los denominados síndromes geriátricos. ^{7,8}

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. ^{9, 10,11}

El deterioro cognitivo se define como el “conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas etiopatogenias que incluyen, además de las de naturaleza orgánica como isquemia subcortical, disfunción cerebral, otras de tipo social como la falta de apoyo, la personalidad, la edad avanzada, la depresión.” ^{12,13}

En un gran número de estudios se deja constancia que aquellas personas que han padecido un Episodio Depresivo Mayor presentan con el tiempo un déficit cognitivo y por ello un mayor riesgo de desarrollar demencia. En el estudio del EURODEM (Consortium Europeo de Demencia), los antecedentes personales de depresión estaban asociados al posterior desarrollo de demencia tipo Alzheimer, que se verificaba de comienzo tardío y era tanto para episodios de depresión que habían ocurrido antes o durante la década previa al inicio de la enfermedad. ^{14, 15, 16}

En algunas personas se puede observar, una clara alteración en las funciones cognitivas como: enlentecimiento psicomotor y alteración de la memoria de trabajo, así como de las funciones ejecutivas (planificación, secuenciación, organización y abstracción) y disminución en la fluidez verbal. Algunos autores han hipotetizado que estas alteraciones tienen relación con enfermedades vasculares, porque en los estudios de neuro imagen (tomografía axial computada y/o resonancia magnética de cráneo), se observa la presencia de leucoaraiosis. ^{17, 18, 19.}

La prevalencia de la depresión en el anciano aumenta con la edad (5% a los 65 años, que se incrementa hasta cifras próximas al 30% a los 85 años) las demencia con mayor prevalencia es la enfermedad de Alzheimer, esta se observa en el 55-

60% de todos los casos diagnosticados de demencia a la población geriátrica, la décima revisión de la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) define a la demencia como un “síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellos la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, el déficit cognoscitivo se acompaña por lo general y ocasionalmente es precedido, de un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación^{20, 21, 22}. Bello et al. (2005) han observado una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de 4.5%, con 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres. La prevalencia de depresión sube conforme la edad avanza y baja con niveles de educación más altos; resulta significativo que los niveles más altos de depresión se presenten entre los hombres que viven en áreas rurales. Por su parte, Márquez Cardoso et al. (2005) apunta una frecuencia de síntomas depresivos en los adultos mayores mucho más alta (pero no la específica) y supone que este resultado está vinculado, probablemente con los múltiples factores de riesgo presentes en la población estudiada. En relación con estos factores, se corrobora la mayor frecuencia de depresión en mujeres, personas jubiladas, sedentarias, con familias disfuncionales y con dependencia económica.^{23, 9, 10,}

En un estudio multicéntrico, prolectivo, descriptivo por Albala et al, en el 2005; el estudio multicéntrico SABE se creó con el objetivo de evaluar el estado de salud de las personas adultas mayores de siete ciudades de América Latina y el Caribe: Buenos Aires, Argentina; Bridgetown, Barbados; La Habana, Cuba; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile; México, D.F., México y São Paulo, Brasil, mediante unidades de muestreo. La encuesta SABE establece el punto de partida para la investigación sistemática del envejecimiento en zonas urbanas de la Región de América Latina y el Caribe. Esta encuesta realizada en el Adulto Mayor, en 100 sujetos de estudio, reveló de 60 a 75% de pacientes en la Cd de México con cierto deterioro cognitivo. ^{24, 25}

Asimismo, Álvarez Rodríguez en el 2014 mediante un diseño descriptivo y transversal en una ciudad del Norte de México; estudió a 556 adultos mayores en población abierta, casas de retiro, centros de actividades para adultos mayores, hospitales y consulta externa para obtener variables socio-demográficas. Se aplicó el cuestionario de Yesavage y se consideró depresión en dos cortes, arriba de 5 puntos y arriba de 10 puntos. Resultaron 302 hombres, y 254 mujeres. La prevalencia de depresión con 6 puntos o menos fueron 33.27%, 11 puntos ó más 10.07%. Los factores familiares asociados fueron: estar solo, tener familia disfuncional, percibir maltrato psicológico, estar en medio hospitalario. Factores de salud: Riesgo de caídas, dificultades en cuidado, ayuda insuficiente, necesitar adaptaciones en casa, deterioro cognitivo. ²⁶

El propósito de este estudio es conocer si se encuentra asociada la depresión con el estado cognitivo del adulto mayor

METODOLOGIA

Se hizo un estudio de investigación en el adulto mayor con diseño transversal, prolectivo y analítico; en la población que acudía a la consulta externa de la UMF 61 de Veracruz, Ver. Con el objeto de identificar la asociación de la depresión con el estado cognitivo del adulto mayor

Con inclusión de mayores de 65 años, que fueran derechohabientes, de exclusión analfabetas, con discapacidad mental y presencia de alguna forma de demencia senil con terapia farmacológica. Se eliminaron las encuestas incompletas. El muestreo fue no aleatorizado y el tamaño de muestra basado en una proporción para estudios descriptivos y formula para muestras infinitas, con un nivel de confianza del 95% y error máximo del 5%.

La encuesta fue aplicada en la consulta externa de Medicina Familiar; donde se abordaron a los pacientes que cumplieron con los criterios de selección, a los cuales se les invitó a participar en el estudio exponiéndoles los beneficios de los mismos y solicitando su firma en la hoja de consentimiento informado. Posteriormente se les aplicó un cuestionario administrado por el investigador, para recabar los datos de las covariables del estudio que fueron: escolaridad, tipo de familia, ocupación y estado civil. De ahí se aplicó de manera autoadministrada la encuesta de Yesavage que presenta sensibilidad del 85% y especificidad del 95% para determinar algún grado de depresión y conforme a esto se aplicó el test de Mini-Mental State Examination esto con la finalidad de asociar mediante los resultados la depresión con el deterioro cognitivo. Siendo calificados de la siguiente manera:

Test Yesavage

El puntaje de:

0-4 se consideraba normal, según la edad, educación y quejas

5-8 indicó depresión leve

9-11 indicó depresión moderada

12-15 indicó depresión severa

Mini-mental state examination

1- Orientación (5 puntos)

2- Registro de tres palabras (3 puntos)

4- Atención y calculo (5 puntos)

5- Recall de tres palabras (3 puntos)

6- Nominación (2 puntos)

7- Repetición (1 punto)

8- Comprensión (3 puntos)

9- Lectura (1 punto)

10- Escritura (1 punto)

11- Dibujo (1 punto)

Según el puntaje se pudo clasificar:

Puntaje	Clasificación
27-30	Sin deterioro
25 y 26	Dudoso o posible deterioro
10-24	Demencia leve a moderada
6-9	Demencia moderada a severa
Menos de 6	Demencia severa

Los datos fueron codificados en Excel para ser analizados con medidas de tendencia central para variables cuantitativas, y algunos resultados cualitativos se representarán con tablas de frecuencias. Inferencial para cualitativas mediante Tab U de Kendall; significancia de $p < 0.05$, con el paquete estadístico SPSS v22.0.

RESULTADOS

Se entrevistaron 334 pacientes con promedio de edad de 73 ± 5 años, conformados por 182 (54.5%) varones y 152 (45.5%) mujeres. Al aplicar el test de MiniMental, se identificaron con demencia leve a moderada 135 (54%) del sexo masculino y 115 (46%) del sexo femenino; con demencia moderada a severa, se detectaron 5 (1%) personas: 2 (1.1%) hombres y 3 (2.6%) mujeres. 250

En cuanto al estado civil encontramos que hubo mayor población de casados, encontrándose sin deterioro 49 (25.65%) con posible deterioro 10 (5.24%), con demencia leve o moderada 131 (68.29%), demencia moderada a severa 1 (0.52%). Tabla 2.

El grado escolar que prevalece en la población estudiada es primaria completa, distribuida de acuerdo al MiniMental en los siguientes rubros: sin deterioro 32(16.49%), con posible deterioro 9 (4.64%), con demencia leve a moderada 149 (76.80), con demencia moderada a severa 4(2.06%), Tabla 3.

Dentro del rubro del tipo de ocupaciones del adulto mayor; se encuentra con ocupación en labores del hogar: sin deterioro 21 (16.8%); posible deterioro 8 (6.4%); demencia leve a moderada 94 (75.2%), demencia moderada a severa 2 (1.6%). Tabla 4.

Con respecto a la tipología familiar se observó que predominan las familias nucleares, dentro de ellas encontramos: sin deterioro 55 (16.77%), posible deterioro 22 (6.71%), demencia leve a moderada 246 (75.0%), en demencia moderada a severa 5 (1.52%), Tabla 5.

Del total de la población estudiada, encontramos asociación de Depresión con demencia leve a moderada en 127 (88.19%) pacientes y 4 (2.78%) con demencia moderada a severa. Igualmente se encuentran asociada con depresión moderada en 60 (95.24%) pacientes con demencia leve y 1 (1.59%) con demencia moderada a severa, con $p < 0.05$, Tabla 6.

Las variables del test de MiniMental fueron dicotomizadas para poder ser analizadas y buscar la fuerza de asociación entre la depresión, obteniendo $p < 0.05$ (Chi^2) OR 13.00 (IC 95% 6.92-24.42), Tabla 7

Tabla 1. Variables sociodemográficas de Sexo por tipo de deterioro mental según Test de Mini mental. N= 334

<i>Variables</i>	<i>Normal n= 56 n(%)</i>	<i>Posible deterioro n= 23 n(%)</i>	<i>Demencia leve a moderada n= 250 n(%)</i>	<i>Demencia moderada a severa n= 5 n(%)</i>
Sexo				
<i>Masculino</i>	33 (58.9)	12 (52.2)	135 (54)	2 (40)
<i>Femenino</i>	23 (41.1)	11 (47.8)	115 (46)	3 (60)

Fuente: Población derechohabiente que acude a consulta externa UMF 61

Tabla 2. Variables sociodemográficas de Estado Civil por tipo de deterioro mental según Test de Mini mental. N= 334

<i>Estado civil</i>	<i>Normal n= 56 n (%)</i>	<i>Posible deterioro n= 23 n(%)</i>	<i>Demencia leve a moderada n= 250 n(%)</i>	<i>Demencia moderada a severa n= 5 n(%)</i>
Casado	49 (87.5)	10 (43.5)	131 (52.4)	1 (20)
Soltero	1 (1.8)	0	6 (2.4)	0
Unión libre	0	2 (8.7)	15 (6)	1 (20)
Viudo	6 (10.7)	8 (34.8)	87 (34.8)	2 (40)
Separado	0	3 (13)	8 (3.2)	1 (20)
Divorciado	0	0	3 (1.2)	0

Fuente: Población derechohabiente que acude a consulta externa UMF 61

Tabla 3. Variables sociodemográficas de Escolaridad por tipo de deterioro mental según Test de Mini mental. N= 334

<i>Escolaridad</i>	<i>Normal</i> <i>n= 56</i> <i>n(%)</i>	<i>Posible deterioro</i> <i>n= 23</i> <i>n(%)</i>	<i>Demencia leve a moderada</i> <i>n= 250</i> <i>n(%)</i>	<i>Demencia moderada a severa</i> <i>n= 5</i> <i>n(%)</i>
<i>Ninguna</i>	9 (16.1)	5 (21.7)	56 (22.4)	1 (20)
<i>Primaria</i>	32 (57.1)	9 (39.1)	149 (59.6)	4 (80)
<i>Secundaria</i>	7 (12.5)	3 (13)	40 (16)	0%
<i>Media superior</i>	5 (8.9)	4 (17.4)	5 (2)	0%
<i>Superior</i>	3 (5.4)	2 (8.7)	0	0%

Fuente: Población derechohabiente que acude a consulta externa UMF 61

Tabla 4. Variables sociodemográficas de Tipo de Ocupación por tipo de deterioro mental según Test de Mini mental. N= 334

<i>Ocupación</i>	<i>Normal</i> <i>n= 56</i> <i>n(%)</i>	<i>Posible deterioro</i> <i>n= 23</i> <i>n(%)</i>	<i>Demencia leve a moderada</i> <i>n= 250</i> <i>n(%)</i>	<i>Demencia moderada a severa</i> <i>n= 5</i> <i>n(%)</i>
<i>Profesionista</i>	1 (1.8)	0	1 (0.4)	0
<i>Comerciante</i>	7 (12.5)	3 (13)	13 (5.2)	0
<i>Pensionado</i>	16 (28.6)	7 (30.4)	60 (24)	1 (20)
<i>Hogar</i>	21 (37.5)	8 (34.8)	94 (37.6)	2 (40)
<i>Empleado</i>	7 (12.5)	1 (4.3)	1 (0.4)	0
<i>Desempleado</i>	4 (7.1)	4 (17.4)	81 (32.4)	2 (40)

Fuente: Población derechohabiente que acude a consulta externa UMF 61

Tabla 5. Tipología de la familia de la población de estudio en relación al resultado del Minimental. N= 334

<i>Tipología familiar</i>	<i>Normal</i> <i>n= 56</i> <i>n(%)</i>	<i>Posible deterioro</i> <i>n= 23</i> <i>n(%)</i>	<i>Demencia leve a moderada</i> <i>n= 250</i> <i>n(%)</i>	<i>Demencia moderada a severa</i> <i>n= 5</i> <i>n(%)</i>
<i>Nuclear</i>	55 (98.2)	22 (95.7)	246 (98.4)	5 (100)
<i>En expansión</i>	0	1 (4.3)	0	0
<i>Reconstruida</i>	1 (1.8)	0	4 (1.6)	0

Fuente: Población derechohabiente que acude a consulta externa UMF 61

Tabla 6. Depresión en la población de estudio y su asociación a deterioro mental según el test Mini mental. N= 334

<i>Tipo de depresión según test de Yesavage</i>	<i>Normal</i> <i>n= 56</i> <i>n(%)</i>	<i>Posible deterioro</i> <i>n= 23</i> <i>n(%)</i>	<i>Demencia leve a moderada</i> <i>n= 250</i> <i>n(%)</i>	<i>Demencia moderada a severa</i> <i>n= 5</i> <i>n(%)</i>
<i>Normal</i>	53 (94.6)	11 (47.8)	63 (25.2)	0
<i>Depresión</i>	1 (1.8)	12 (52.2)	127 (50.8)	4 (80)
<i>Depresión moderada</i>	2 (3.6)	0	60 (24)	1 (20)

p <0.000 con Tab U de Kendall

Fuente: Población derechohabiente que acude a consulta externa UMF 61

Tabla 7. Riesgo de la asociación en Demencia leve y severa con la depresión.

N= 334

	Demencia leve y severa	p	OR	IC 95%
Depresión y depresión moderada	192	<0.05	13.00	6.92 – 24.42

DISCUSION

De las 334 encuestas realizadas en pacientes del adulto mayor la edad promedio fue de 73 ± 5 años, con predominio del sexo masculino en los grupos de comparación, siendo la escolaridad primaria con mayor deterioro cognitivo sobre todo en la demencia moderada como en estudios realizador por Ávila Oliva (2007) y cols, que observó al sexo de mayor predominio el femenino y la edad promedio se manifestó en 75 años; con educación primaria en mayor frecuencia, además que Katzman ha sugerido que las personas que tienen alto nivel de educación tienen un riesgo menor de presentar deterioro cognitivo, según expresa en su concepto de "reserva neuronal".^{27, 28}

Con una elevada frecuencia en más del 50% se observaron los casados en el grupo que presentó demencia moderada, muchos de ellos se dedicaban al hogar, algunos autores señalan que el deterioro cognitivo se halla ligado con el afecto, aunque no fue motivo de nuestro estudio, pero se observa que muchos de ellos se hallaban casados en el momento de la encuesta y existe la posibilidad de un vínculo afectivo por su condición social, por lo que no concuerda con lo mencionado por los autores que mencionan que los periodos de depresión sufren de deterioro cognitivo independiente de su condición social.²⁹

En nuestros pacientes se presentó una frecuencia del 75% con demencia leve, 7% posible deterioro y del 17% sin deterioro cognitivo, siendo muy elevada en comparación con lo que señalan la existencia en algunos estudios con más del 60% con deterioro cognitivo, que varía según la población donde se realice el estudio.³⁰ Una de las principales dificultades para la detección de los trastornos depresivos, es que generalmente las personas consultan por otros síntomas como dolores difusos, trastornos del sueño, cansancio, trastornos de la memoria, entre otros, lo que aumenta el riesgo de ser subdiagnosticados por los profesionales de la salud y se recomienda la aplicación de tamizajes mediante encuestas que nos auxiliaran en el diagnóstico.

La depresión en este estudio estuvo asociada al estado cognitivo de este universo de pacientes, donde se observó con mayor frecuencia en la demencia moderada y de acuerdo con Urbina Torrija (2007) que señala una asociación de la depresión en esta edad con el riesgo social ($p < 0.001$), la comorbilidad ($p < 0.001$), el deterioro cognitivo ($p < 0.01$) y la discapacidad ($p < 0.05$).³¹

Conclusión.

Los resultados de este estudio revelan la asociación de la depresión al deterioro cognitivo con una elevada frecuencia en la demencia moderada; lo que lleva a la obligación de efectuar el diagnóstico de manera oportuna, tanto de la depresión como del deterioro cognitivo en el adulto mayor de nuestra consulta externa. Y poder implementar el tratamiento adecuado a cada paciente para mejorar su calidad de vida y poder vivir satisfactoriamente su senectud. Una propuesta interesante sería tratar el estado depresivo en estos pacientes y volver a aplicar el test Mini-mental para observar algún cambio en el deterioro mental, además de mejorar las relaciones en el núcleo familiar sería un gran aporte a la Calidad de Vida del adulto mayor de nuestra población derechohabiente.

BIBLIOGRAFIA

1. Guía Clínica para la Atención Primaria de las personas adultas mayores Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA).
2. Alanís-Niño G, Garza-Marroquín JV, González-Arellano A. Prevalencia de demencia en el paciente geriátrico Rev. Med. Inst. Mex, Seguro Soc 2008; 46 (1): 27-32.
3. Pando Moreno M, Aranda Beltrán C., Alfaro Alfaro N, Mendoza Roaf P. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Guadalajara (México). Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. RevEspGeriatrGerontol2001; 36(3):140-144.
4. Leopoldo Salvarezza. La vejez una mirada gerontológica actual Editorial paidos 1998 cap 11 posibilidades de intervención frente a los trastornos de memoria asociados a la edad pág 279-280
5. Chapman D. P. Perry G. S. Depression as a major component of public health for older adults. Prev Chronic Diseases 2008: 5-7
6. Iraizoz I. Comprehensive geriatric assessment (II). Nutritional and mental evaluation in the elderly (Valoración Geriátrica Integral II. Evaluación nutricional y mental en el anciano) ANALES Sis San Navarra 1999, Vol. 22, suplemento 1
7. Cruz del Valle A, Morgado Ribas Y. Deterioro Cognitivo del Adulto Mayor en un consultorio médico de familia. Medicina Familiar y Atención primaria publicada 3/09/2007.
8. González Ceinos M. Depresión en ancianos: un problema de todos. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(4):316-20.
9. Belló M., Puentes-Rosas E., Medina-Mora M.E. y Lozano R. Prevalence and diagnosis of depression in Mexico. 2005. Salud Pública de México, 47 (supl. 1), S4-11.
10. Márquez Cardoso E, Soriano Soto S., García Hernández A, Falcón García, M.P., 2005. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Atención Primaria, 36 6), p. 345.
11. Jorm. Demencias Enfoque Multidisciplinarios. Mangone. Allegri. Arizaga. Ollari. 2001; pp. 12-16

12. Alexopoulos GS, Young RC, Meyer BS, Abram RC. Late-onset depression. *Psychiatr Clin North. Am* 1998; 11:101-15
13. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M: "Vascular depression" hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 54:915-922.
14. Lockwood KA, Alexopoulos GS, van Gorp WG. Executive dysfunction in geriatric depression. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1119-1126.
15. Varela P. Helver Chávez J, Gálvez C, Méndez S. Característica del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor Hospitalizado a Nivel Nacional. *Rev Soc. Per. Med. Inter.* 17(2) 2004.
16. Ávila Oliva M, Vázquez Morales E, Gutiérrez Mora M. Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín*, Vol. XIII, Núm. 4, Octubre-Diciembre, 2007, Centro de Información y Gestión Tecnológica Cuba.
17. Durán-Badillo T, Aguilar R.M, Martínez M.L., Rodríguez T., Gutiérrez G. y Vázquez L. Depresión y Función Cognitiva de Adultos Mayores de una Comunidad Urbano Marginal. *Enfermería Universitaria* 2013; 10(2):36-42.
18. Cerquera Córdoba A. Relación entre los procesos Cognitivos y el Nivel de Depresión en las Adultas Mayores Institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universidad Pontificia Bolivariana*, 2007.
19. Yvonne Sanchez G, López Medina M, Calvo Rodríguez M. Depresión y Deterioro Cognitivo. Estudio Basado en la Población Mayor de 65 años. *Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón. Rev Habana de Ciencias Med* v.8 n.4 2009.
20. León-Arcil R, Milán-Suazo F. Camacho-Calderon N, Arevalo-Cedano R. Factores de Riesgo para Deterioro Cognitivo y Funcional en el Adulto Mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 200, 47 (3):277-284.
21. Varela P. Helver Chávez J. Miguel Gálvez C, Francisco Méndez S. Característica del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor Hospitalizado a Nivel Nacional. *Rev Soc. Per. Med. Inter.* 17(2) 2004.
22. Marcía M. Ávila Oliva, Edgar Vázquez Morales, Mónica Gutierrez Mora. Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín*, Vol. XIII, Num 4, Octubre-Diciembre, 2007, Centro de Información y Gestión Tecnológica Cuba.

23. Jiménez Mendoza A, Mendoza Milo M, Tapia Arriaga M, Cadena Torres E, Ibáñez López D, Gómez Cruz A, Torres Cruz M. Probable deterioro cognitivo asociado a factores de riesgo en población mayor de 40 años. *Enf Neurol (Mex)* Vol. 10, No. 3: 125-129, 2011
24. Alabala C. L., León Díaz ML., Ham Chande R., Jennis AJ., Palloni A., Peláez M., Pratts O. 2005. The Health Well-Being and Aging (SABE) survey: methodology applied and profile of the study population. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 pp. 307-322.
25. Debra I. Burin, Marina A. Drake y Paula Harris (compiladoras) "Evaluación neuropsicologica en Adultos" ED. Paidós. primera reimpression 2008.
26. Velazco Rodríguez VM; Contreras Corona R, Alemán Amezcua J, Rodríguez Martínez C, Córdoba Estrada S, Suárez Alemán G. Depresión en el adulto Mayor y factores relacionados. XV Congreso virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* 2014; 1-2.
27. Avila Oliva M, Vázquez Morales E, Gutiérrez Mora M. Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín*. 2007. Vol. 13 (4) pp. 1-11.
28. Katzman R. Alzheimer disease. *New Engl J Med* 1986. 314(15):325-8
29. Ravnkilde B, Videbech P, Clemmensen K, Egander A, Rasmussen NA, Rosenberg R. Cognitive deficits in major depression. *Scand J Psychol* 2002; 43(3):239-51.
30. Dechent C. Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *Rev Hosp Clin Univ Chile* 2008; 19: 339 - 46
31. Urbina Torija J. R., Flores Mayor J. M., García Salazar M. P., Torres Buisán L., Torrubias Fernández R. M. Síntomas depresivos en personas mayores, prevalencia y factores asociados. *Gaceta sanitaria*. 2007. Vol. 21pp. 37-42

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

*Conteste lo que se pide y en los cuadros marque con una X según la respuesta.

NOMBRE: (INICIALES)

EDAD 1) 65-70 2) 71-76 3) 77-81 4) 82-86

SEXO 1) MASCULINO 2) FEMENINO

ESTADO CIVIL CASADO 1 SOLTERO 2 U. LIBRE 3 VIUDO 4 SEPARADO 5 DIVORCIADO 6

1 2 3 4 5

ESCOLARIDAD PRIMARIA SECUNDARIA M.SUPERIOR SUPERIOR NINGUNO

OCUPACIÓN

1 PROFESIONISTA 2 COMERCIANTE 3 PENSIONADO

4 AL HOGAR 5 EMPLEADO 7 DESEMPLEADO

TIPO DE FAMILIA : NUCLEAR 1 EN EXPANSIÓN 2 RECONTRUIDA 3

GRACIAS POR SU PARTICIPACION.

LLENADO POR EL ENCUESTADOR:

YESAVAGE

NIVEL DE DEPRESIÓN: 1) normal 0-4 2) depresión 5-8

3) Depresión moderada 9-11 4) Depresión severa 12-15

MINI-MENTAL

- NIVEL DE DETERIORO:** 1) Normal 27- 30 2) Dudoso o posible deterioro 26-25
3) Demencia Leve a Moderada 24-10
4) Demencia Moderada a Severa 5) Demencia Severa

ANEXOS

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (YESAVAGE)

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades o intereses?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida esta vacía?	SI	NO
4. ¿Se siente a menudo aburrido?	SI	NO
5. ¿se encuentra de buen humor la mayor parte de tiempo?	SI	NO
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SI	NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11. En estos momentos ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO
PUNTUACIÓN		

Se califica de acuerdo al siguiente Puntaje Obtenido:

0-4 Se considera Normal

5-8 Depresión Leve.

9-11 Depresión Moderada.

12-15 Depresión Severa

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Dar un Punto por cada respuesta correcta

	Calificación	Puntaje
1. ¿En qué año estamos? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué estación del año es? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuál es la fecha de hoy? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué día es hoy? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué mes es hoy? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. ¿En qué país estamos? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿En qué estado estamos? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿En qué ciudad estamos? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿En qué hospital estamos? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿En qué piso estamos? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Nombre 3 objetos en un segundo cada uno. Después pida al paciente que repita los 3 nombres. Dé un punto a cada respuesta correcta. Repita los nombres hasta que el paciente los aprenda, máximo 6 veces. (3 puntos)

a. Balón	<input type="text"/>	TOTAL	<input type="text"/>
b. Bandera	<input type="text"/>		
c. Árbol	<input type="text"/>		

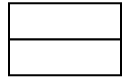
4. Cuente de 7 en 7. Pida al paciente que cuente de manera regresiva a partir de 100, de 7 en 7, es decir, 93, 86, 79, etc. Deje de contar después de 5 intentos; dé un punto para cada respuesta correcta. Como alternativa, puede pedir al paciente que deletree MUNDO al revés. (5 puntos)

a. 93	<input type="text"/>	TOTAL	<input type="text"/>
b. 86	<input type="text"/>		
c. 79 Total	<input type="text"/>		
d. 72	<input type="text"/>		
e. 65	<input type="text"/>		

5. Pregunte los nombres de los 3 objetos mencionados en el inciso 3. Dé un punto por cada respuesta Correcta. (3 puntos)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

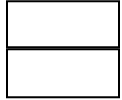
- a. Balón
- b. Bandera Total
- c. Árbol



TOTAL

6. Enseñe al paciente un lápiz y un reloj, y pida que nombre cada uno conforme los muestra. (2 Puntos)

- a. Lápiz Total
- b. Reloj



TOTAL



7. Pida al paciente que repita “No voy si tú no llegas temprano”. (1 punto)

- a. No voy si tú no llegas temprano

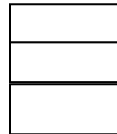


TOTAL



8. Pida al paciente que lleve a cabo la siguiente orden en 3 etapas: “Tome esta hoja de papel en su Mano derecha. Dóblela a la mitad. Ponga la hoja en el piso”. (3 puntos)

- a. Tome esta hoja de papel en su mano derecha
- b. Dóblela a la mitad Total
- c. Ponga la hoja en el piso

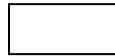


TOTAL



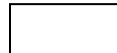
9. Pida al paciente que lea y lleve a cabo la siguiente orden escrita: (1 punto)

- a. “CIERRE SUS OJOS”

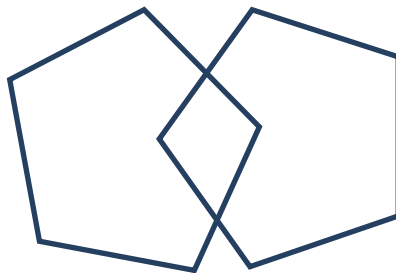


10. Pida al paciente que escriba una oración de su elección. La oración debe contener sujeto, un Verbo y un complemento, y debe tener sentido. Ignore los errores de ortografía. (1 punto)

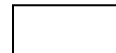
Oración:



11. Pida al paciente que copie la figura mostrada. Dé un punto si se parecen todos los lados y ángulos, y si los lados que se entrecruzan forman un cuadrilátero.



TOTAL



Se califica de acuerdo al siguiente puntaje Obtenido: Normal 27- 30, Dudoso o posible deterioro 26-25, Demencia Leve a Moderada 24-10, Demencia Moderada a Severa 6-9, Demencia Severa < 6.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Deterioro cognitivo del adulto mayor en pacientes con y sin depresión
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	UMF 61 VERACRUZ, VERCARUZ
Número de registro:	En tramite
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la prevalencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor con y sin depresión crónica de la UMF 61 de Veracruz
Procedimientos:	Aplicación del test deMINIMENTAL (TESTDEMEMORIA). Recolección de variables sociodemográficas
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Principalmente identificar los factores que pueden ser asociados al deterioro cognitivo en el adulto mayor que curse con depresión crónica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se hará difusión en Congresos para de ahí publicarlo
Participación o retiro:	Quedará de forma voluntaria sin represalia alguna para los pacientes que se retiren de la investigación
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá total hermetismo de los resultados recabados y discreción del individuo

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Sera conocer el deterioro cognoscitivo en el Adulto mayor con y sin depresion cronica y poder asi tomar medidas preventivas para evitar otra enfermedad mayor psiquiatrica

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

Investigador Dra. Angélica Ochoa Sosa
Responsable:

Colaboradores: Dra. Sonia Irma Rojas Carrera/ Dra. Mirsha Naydú Gil Tenorio

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013