



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA"**

**GRADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
CON DEPENDENCIA FUNCIONAL**

T E S I S

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

PRESENTA:

DRA. CABALLERO MARTÍNEZ PILAR

ASESORES: DR. ARMANDO LÓPEZ ZAMORANO

DRA. ERIKA JUDITH RODRÍGUEZ REYES

DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA

MÉXICO, DF.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

“Grado de depresión del adulto mayor con dependencia funcional”



Dr. Armando López Zamorano

Asesor de Tesis

Médico Internista Geriatra adscrito al HGR 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro”



Dra. Erika Judith Rodríguez Reyes

Asesora de Tesis

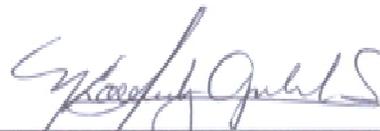
Epidemióloga adscrita al HGR/UMAA No. 2 “Villa Coapa”



Dra. Ivonne Analf Roy García

Asesora de Tesis

Prof. Titular de la Residencia de Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”



Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”



ÍNDICE

RESUMEN: GRADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON DEPENDENCIA FUNCIONAL	5
1. MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. ENVEJECIMIENTO	6
1.2. ADULTO MAYOR	7
1.3. DEPRESIÓN MAYOR.....	7
1.4. DEPENDENCIA FUNCIONAL	8
2. ANTECEDENTES.....	9
3. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	11
3.1. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (Versión abreviada).	11
3.2. ÍNDICE DE KATZ (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA).....	12
3.3. ESCALA DE LAWTON – BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)	13
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
5. JUSTIFICACIÓN:	15
6. HIPÓTESIS	15
7. OBJETIVOS	15
7.1. Objetivo general:	15
7.2. Objetivos específicos:	15
8. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS	16
8.1. Diseño del estudio:	16
8.1.1. Universo de trabajo:.....	16
8.1.2. Descripción de las variables:	16
8.2. Selección de la muestra:.....	17
a) Tamaño de la muestra:.....	17
b) Criterios de Selección:	17
Criterios de exclusión:.....	17
Criterios de eliminación:	17
Procedimientos	18
9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	20
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS:	20
11. RECURSOS PARA EL ESTUDIO:.....	21

12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:.....	21
13. RESULTADOS.....	22
14. DISCUSIÓN.....	28
15. CONCLUSIÓN.....	29
16. BIBLIOGRAFÍA.....	31
17. ANEXOS.....	34

RESUMEN: GRADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON DEPENDENCIA FUNCIONAL

Pilar Caballero Martínez^{*}.Armando López Zamorano[†].Erika Judith Rodríguez Reyes[‡].Ivonne Analí Roy García[§]

Introducción: El envejecimiento poblacional, por la transición demográfica, trae como consecuencia el incremento de la demanda de atención médica respecto a las enfermedades crónico-degenerativas, así como enfermedades psicoafectiva en el adulto mayor. La dependencia funcional incrementa con el envejecimiento del individuo y la presencia de comorbilidades, teniendo un gran impacto en el área psicoafectiva del adulto mayor, condicionando mayor riesgo de depresión. Se estima que la prevalencia de la dependencia funcional en la Ciudad de México es mayor en las mujeres que en los hombres, de 19.1 y 14.8%, respectivamente. La prevalencia de depresión en el adulto mayor oscila entre el 10 y 14%. **Objetivo:** Determinar el grado de depresión del adulto mayor con dependencia funcional, de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” IMSS.

Material y Métodos: Es un estudio descriptivo, transversal, y no comparativo donde se incluirán a los pacientes adultos mayores que acuden a la unidad de medicina familiar No. 28 “Gabriel Mancera” del IMSS, con una muestra de 156 pacientes. Se determinará el grado de Depresión mediante la Escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión abreviada) y la dependencia funcional con las escalas de Lawton y Brody y Katz, así como la relación entre depresión y dependencia funcional. Para el análisis estadístico se utilizará prueba de χ^2 , “t” Student, razón de momios, así como el programa SPSS.

Resultados: La edad promedio fue de de 74.5+/- 8.2, con una mediana de 74 y moda de 75 años, de los cuales el 62% fueron mujeres. La prevalencia global de depresión fue de 6.41%. De los adultos mayores con dependencia en las actividades básicas de la vida diaria el 30.2% tienen depresión y de los adultos mayores con dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria el 27.1% tienen depresión. Al correlacionar depresión/dependencia AIVD y depresión/ dependencia ABVD se encontró una significancia estadística con una P=.021 y .020 respectivamente.

Conclusión: Dado que en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, la población de adultos mayores predomina, es necesario ampliar las estrategias de atención para esta población, ya que por las características de la misma, implica una mayor demanda de atención médica. En este estudio se muestran las características de la población de adultos mayores, misma que servirá de herramienta de apoyo para la creación de nuevas estrategias en la atención del adulto mayor derechohabiente de esta unidad.

Así mismo, es necesario ampliar los estudios con respecto a la dependencia funcional como factor relacionado para depresión en el adulto mayor ya que existen muy pocos estudios al respecto.

Palabras clave: Depresión, Adulto Mayor, Dependencia Funcional.

^{*} Residente de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” IMSS

[†] Médico Internista Geriatra. Hospital General Regional No. 1 “Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” IMSS

[‡] Médico Epidemiólogo. Hospital General Regional/UMAA No. 2 “Villa Coapa” IMSS

[§] Médico Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” IMSS

1. MARCO TEÓRICO

1.1. ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es visto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como deterioro progresivo de las facultades físicas e intelectuales de un individuo, aunque, también lo podemos considerar como un proceso universal ya que todo ser vivo pasa por él, es individual ya que no todos envejecemos de la misma forma, influenciado por el medio ambiente que nos rodea, por el estilo de vida y por la comorbilidad de cada uno; es irreversible, porque no contamos con la metodología para detenerlo o evitarlo^{1,2,3}.

Así, el envejecimiento lo podemos encontrar desde el nivel celular, por lo tanto, abarcando a los diferentes aparatos y sistemas que componen nuestra economía⁴.

Tomando en cuenta lo citado anteriormente, encontramos el *envejecimiento fisiológico* que consiste en los cambios normales o esperados del envejecimiento vinculados a la carga genética familiar e individual sin repercusión por los efectos de su comorbilidad. El *envejecimiento patológico* que consiste en los cambios normales del envejecimiento y los producidos por efecto de la comorbilidad⁵.

Podemos explicar el mayor envejecimiento poblacional, al cual no escapa nuestro país, por los cambios en la transición demográfica, dados en la disminución de la mortalidad en la que se espera alcance sus menores niveles en el 2015, aunado a esto, la disminución de la natalidad alcanzando el 13.7 nacimientos por cada mil habitantes en el 2050 y el incremento en la esperanza de vida que se espera a mediados de este siglo pase de los 65 a 74 años de edad.⁶

A la par de la transición demográfica, la epidemiológica nos muestra el cambio de las enfermedades infectocontagiosas por las enfermedades crónico-degenerativas en los adultos mayores, así como el incremento de los síndromes geriátricos incluyendo la depresión mayor.^{7,8}

1.2.ADULTO MAYOR

El término adulto mayor fue implementado por la Organización Panamericana de la Salud en 1994 para referirse a las personas mayores de 65 o más años de edad⁹. Sin embargo, al término adulto mayor, podemos encontrar los sinónimos de tercera edad, viejo, anciano, senil, dependiendo del autor.

1.3.DEPRESIÓN MAYOR

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un estado de abatimiento o tristeza profunda considerada como una enfermedad crónica que produce mala calidad de vida por mayor discapacidad física y social, con una prevalencia calculada del 1 al 3% predominando en el sexo femenino de acuerdo al DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).¹⁰

Al utilizar los instrumentos de tamizaje especialmente desarrollados para los ancianos, es muy superior¹¹ Por lo tanto, se calcula que la prevalencia de síntomas depresivos se sitúa entre el 10 y 27% de los adultos mayores en la comunidad¹²

Para diagnosticar el estado depresivo en el adulto mayor debemos tomar en consideración los criterios diagnósticos clínicos del DSM-IV que incluyen: la pérdida del interés, junto con pérdida o aumento ponderal, insomnio, hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpa, pensamientos de muerte e ideas suicidas complementando con la Escala de Depresión de Yesavage¹³.

El adulto mayor presenta depresión secundario a múltiples pérdidas de tipo biológico, psicosocial, económica y cognitivas como serían: viudez, disminución del soporte social, jubilación, dependencia económica, enfermedades crónico-degenerativas^{14,15,16}.

Dentro de las complicaciones que se presentan por la depresión en el adulto mayor tenemos la incapacidad física, incremento de la mortalidad, así como alta prevalencia de suicidio de hasta 21 casos por cada 100,000 habitantes, ya que el primer intento puede ser el último^{17,18}.

1.4.DEPENDENCIA FUNCIONAL

La OMS define a la dependencia funcional como la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad dentro de los márgenes considerados como normales¹⁹, siendo necesario que otra persona realice las actividades simples e instrumentales de la vida diaria, incluyendo sus necesidades básicas.

La causa de la dependencia es multifactorial, ya que intervienen baja escolaridad, deterioro cognoscitivo, malos hábitos de vida, disminución de las capacidades emocionales, enfermedades crónicas, siendo más evidentes unos que otros²⁰.

El grado de dependencia se incrementa con el envejecimiento del individuo y la presencia de comorbilidades, pudiendo utilizarla para medir los efectos de una enfermedad sistémica con la finalidad de establecer el diagnóstico, plan terapéutico y estrategias de cuidado^{21,22}.

La capacidad funcional la podemos medir mediante la utilización de instrumentos como son: Escala de Valoración para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) de Katz²³ y Escala de Valoración para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de Lawton y Brody²⁴.

2. ANTECEDENTES

Se han realizado en relación a dependencia funcional y depresión varios estudios, algunos de los cuales se describen a continuación:

En el estudio titulado **“Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México²⁵”** de los autores Zavala González, Posadas Arévalo SE y Cantú Pérez, de tipo transversal, descriptivo con una muestra no probabilística a conveniencia; se determinó la fuerza de asociación de la funcionalidad básica e instrumental para la vida diaria con la depresión en una muestra de adultos mayores, mediante la prueba exacta de Fisher y correlación lineal. Donde se emplearon los instrumentos: Índice de Lawton y Brody, Índice de Katz y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión abreviada).

Se obtuvieron como resultados que de los 155 adultos mayores, donde el 52.3% fueron femeninos y 47.7% masculinos, en relación a las actividades básicas de la vida diaria el 97.4% poseían funcionalidad normal, 1.9% muy levemente incapacitados. Para las actividades instrumentales de la vida diaria se observó que el 62.6% eran independientes, 32.9% moderadamente dependientes, y 4.5% totalmente dependientes. Por lo tanto la frecuencia de dependencia básica fue de 2.6% y para las instrumentales fue del 34.2%.

Como límites de este estudio tenemos el tamaño de muestra pues según el método de selección, puede no ser representativo del universo. Así mismo los inherentes a los estudios de corte observacional como es el presente estudio.

En el estudio titulado **“Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores”²⁶** del autor José Alberto Ávila-Funes et al. Se determinaron los síntomas depresivos con una versión modificada de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y la dependencia con las escalas de Lawton y Brody, y Katz. Se incluyeron a sujetos mayores de 70 años que participaron en el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México en 2001, realizando el estudio en 2 tiempos con diferencia de 2 años aplicando las escalas mencionadas. De un total de 1880 participantes en el primer tiempo se encontró un 37.9% con síntomas depresivos, de los cuales 2 años después el 12.7% desarrollo dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria y el 6.1% desarrollo dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Los pacientes que

desarrollaron dependencia presentaban peor percepción económica, déficit sensorial, incontinencia urinaria, hipertensión arterial y Osteoartritis. Finalmente el estudio reporta que existe riesgo de desarrollar dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria cuanto existen previamente síntomas depresivos.

Los límites del estudio se logran identificar es que la edad como criterio de inclusión es a partir de los 75 años y que la definición cronológica de adulto mayor es a partir de los 60 años para países en desarrollo, como el nuestro. Además de que la identificación de factores de riesgo para dependencia solo en las actividades instrumentales y no en las básicas estaría en relación los 2 años para la comparación.

En otro estudio realizado en el Departamento de Geriátrica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, titulado **“Dependencia Funcional y Enfermedades Crónicas en ancianos Mexicanos”**²⁷, se incluyeron a los adultos mayores que participaron en la encuesta para el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) con un 4 862 sujetos con edad mayor o igual a 65 años considerando las variables: actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, deterioro cognitivo y enfermedades crónicas.

Los resultados arrojados de éste estudio fue que las dentro de las comorbilidades crónicas más frecuentes fueron la hipertensión arterial sistémica (43%), caídas (42.9%) y depresión (42.8%). Del total de sujetos entrevistados, 2 838 completaron la evaluación de cognición; de éstos 9.8% presentaba deterioro.

En relación con el estado funcional de los entrevistados, 24% de la muestra resultó dependiente en ABVD de los cuales 6% presentaba un grado severo, 4% un grado moderado y la mayoría (14%) un grado leve. Con respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria 23% resulto dependiente de los cuales 12.5% presenta dependencia severa y 10.5%, dependencia leve. La actividad básica más afectada fue la incontinencia urinaria, seguido de la incapacidad para vestirse y la incapacidad para desplazarse. La actividad instrumental más afectada fue la incapacidad para realizar compras, seguido de incapacidad para preparar alimentos.

Los límites de este estudio son la no utilización de instrumentos validados para la identificación de depresión ni las escalas específicas para determinar dependencia funcional en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, ya que en la descripción de la metodología refiere solo se consideraron algunos ítems de las actividades de la vida diaria. Además de que no se especifica el instrumento con el cual se determinó la depresión.

En relación a los instrumentos utilizados para el diagnóstico de depresión, en el estudio titulado **“Efectividad de las Pruebas Psicométricas en el Diagnóstico y Seguimiento de Deterioro, Depresión y Ansiedad en las Personas Mayores”** ²⁸ de tipo observacional, descriptivo, donde se incluyeron a personas mayores de 65 años para entrevistar acerca de estado cognitivo (Mini examen cognitivo de Lobo), grado de dependencia (Índice de Katz), depresión (Escala de Yesavage y Beck) y ansiedad (Escala de ansiedad Rasgo, Spielberger, et al.). Los resultados encontrados, 39 (18,4%) presentaban algún grado de deterioro cognitivo, y 42 (19,9%) depresión según criterios GDS y 68 según BECK (31,8%), 28 sujetos presentaban algún grado de incapacidad, de los que 5 era severa (46,7% y 8,3% del grupo de población más deteriorado). De las 2 escalas empleadas que sugieren depresión, la más específica para adultos mayores es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage ya que en ésta se eliminan los ítems que buscan síntomas somáticos, además de que favorece la comprensión ya que son respuestas dicotómicas. Los límites de este estudio que se logran notar es el uso de dos instrumentos diferentes para diagnóstico de depresión, que aunque se comenta que el uso de la escala de depresión geriátrica es la más específica, no se demuestra estadísticamente ésta aseveración.

3. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

3.1.ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (Versión abreviada).

El poder diagnosticar la Depresión Mayor en el paciente geriátrico es importante dadas las implicaciones en el estado mental y en la repercusión sobre la enfermedad física. Por esta razón los criterios clínicos de Depresión Mayor se deberán de complementar con los datos

proporcionados por escalas que exploren el estado de ánimo y nos ayuden a diagnosticar, tratar y planear estrategias de cuidado para los adultos mayores que cursen con depresión.

En el paciente geriátrico se encuentra disminuida la atención y el interés debido a lo cual se realizará la escala de Yesavage en versión abreviada²⁹.

Diseñada por Brink y Yesavage en 1982, tiene una sensibilidad del 85.3% y una especificidad del 85%³⁰.

Esta escala se compone de 15 preguntas, las cuales contesta en forma dicotómica; es decir, con SI o NO, su puntuación máxima es de 15. 0 a 5 puntos indica normalidad, 6 a 9 puntos depresión probable, igual o superior a 10 depresión establecida. El tiempo para contestarla es de 5 a 10 minutos.

Puede diferenciar ancianos deprimidos de no deprimidos a pesar de que estos presenten enfermedad física.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage ha sido validada y aplicada con traducción al castellano, aplicada en diferentes poblaciones, entre ellas española y mexicana. La correlación entre la versión corta y larga es superior al 0,80 y con datos de sensibilidad y especificidad equiparables entre las dos versiones³¹.

3.2.ÍNDICE DE KATZ (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)

Esta escala ha sido mencionada en forma diferente por varios autores, algunos la denominan como Escala de Katz de las Actividades de la Vida Diaria, otros como Índice de Katz de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Elaborada en 1958 por un grupo multidisciplinario del Hospital Benjamín Rose de Cleveland, en pacientes con fractura de cadera publicado en 1963³².

Esta elaborada en 6 actividades ordenados según la secuencia en que se pierden y recuperan estas actividades. Permite diferenciar entre los pacientes independientes de los dependientes, aunque consta de 3 respuestas posibles, para efecto de funcionalidad como tal se pueden

utilizar 2 respuestas para determinar la independencia o no del individuo. Uso específico en individuos mayores de 65 años.

Si el paciente puede realizar la actividad se da 1 punto si no la puede realizar aun con el apoyo de una persona se dan 0 puntos. El resultado es asignado con 7 denominaciones que van de la A – G, siendo independiente para todas las actividades A y dependiente para todas las actividades G. Se evalúan baño corporal, vestirse, utilización del sanitario, movilidad, control de esfínteres y alimentación³³.

Con valor predictivo para estancia media hospitalaria, institucionalización y mortalidad a corto y largo plazo.

Se presenta la escala en el cuestionario de evaluación.

3.3.ESCALA DE LAWTON – BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)

También es conocida como Índice de Lawton – Brody, desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia. Publicada en 1969. Para uso en población anciana y la más utilizada para evaluación de las actividades instrumentales³⁴.

Esta elaborada en base de 8 actividades, como son la utilización del teléfono, la realización de compras, preparación de las comidas, realización de actividades domésticas, lavar su ropa, forma de transportarse de un lugar a otro, forma de administración de medicamentos, manejo de finanzas.

La limitación que presenta este instrumento radica en que todas las actividades pueden estar restringidas a las mujeres por lo que Menéndez y San José proponen que al valorar al sexo masculino se excluyan la preparación de las comidas, realización de actividades domésticas y lavado de ropa. También se deben de tomar en cuenta variaciones del estado de ánimo, capacidad mental y entorno social.

Para la puntuación se da un valor de 1 independiente y 0 dependiente, al final se suma el valor de todas las respuestas, 0 de máxima dependencia y 8 de independencia total; si seguimos la recomendación de Menéndez y San José en mujeres la puntuación quedaría igual y en los hombres 5 se valora como independencia total³⁵.

Se presenta la escala en el cuestionario de evaluación.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la población mexicana alcanza los 112,337 millones de personas de las cuales 6 939 millones son adultos mayores que corresponde al 6.17% de la población total, la esperanza de vida actual es de 77.9 años para mujeres y de 73 años para los hombres, cifras que se incrementarán a 83.6 y 79 años respectivamente, en 2050.

Los servicios de salud son proporcionados mediante derechohabencia (IMSS, ISSSTE, SEDENA, SM, PEMEX, Servicios estatales) y la población protegida por los servicio de salud (Seguro popular), de los cuales el IMSS proporciona atención a 52 310 086 personas que corresponde al 78.44% de la atención a personas con derechohabencia.

La Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS atiende a un total de 201 616 que corresponde al 0.38% del total nacional. La población de adultos mayores adscritos a la unidad es de 93, 693 que corresponde a un 46.47%.

Tomando en cuenta las cifras anteriores, el estudio de las enfermedades del adulto mayor resulta de gran relevancia, pues representa la población que progresivamente va predominando.

El grado de dependencia funcional se incrementa con el envejecimiento del individuo y la presencia de comorbilidades, además de que las enfermedades psicoafectiva se asocian a las anteriores, siendo el trastorno depresivo el más frecuente.

Por todo lo anterior, la pregunta de investigación para el presente estudio es:

¿Cuál es el grado de depresión en adultos mayores con dependencia funcional?

5. JUSTIFICACIÓN:

El incremento de la población de adultos mayores a nivel mundial y nacional demanda ampliar el campo de estudio enfocado a aspectos biológicos, psíquicos y sociales, para mejorar el impacto a nivel socio-sanitario teniendo como meta mejorar la calidad de vida pues nuestra esperanza de vida ha incrementado considerablemente.

El presente trabajo tiene como finalidad la identificación del grado de depresión de pacientes adultos mayores con dependencia funcional, ya que ésta última se incrementa con el envejecimiento del individuo y la presencia de comorbilidades, además de que las enfermedades psicoafectiva se asocian a las anteriores, siendo el trastorno depresivo el más predominante.

En la Unidad de Medicina Familiar no se cuenta con estudios similares a éste, por lo que será un trabajo útil, ya que cerca de la mitad de la población derechohabiente son adultos mayores, favoreciendo la toma de decisiones para crear nuevas estrategias de mejora en la atención del adulto mayor derechohabiente de esta unidad.

6. HIPÓTESIS**

Hipótesis Alternativa:

Los pacientes adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 con dependencia funcional presentan de depresión asociada.

Hipótesis Nula:

Los pacientes adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 con dependencia funcional no presentan depresión asociada

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivo general:

Determinar el grado de depresión del adulto mayor con dependencia funcional, de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS, Distrito Federal 2011-2012.

7.2. Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas del adulto mayor con depresión, de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS, Distrito Federal 2011-2012.

** Por mero ejercicio académico

- Conocer el grado de dependencia en las actividades instrumentales y de la vida diaria del adulto mayor con depresión de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS, Distrito Federal 2011-2012.

8. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS

8.1. Diseño del estudio:

Descriptivo, transversal, prospectivo y no comparativo.

8.1.1. Universo de trabajo:

Pacientes con edad mayor o igual a 65 años, hombres y mujeres que acudieron a la consulta externa de la UMF No. 28 IMSS en el periodo comprendido del 1ro de Febrero al 30 de abril de 2012.

8.1.2. Descripción de las variables:

a) Según la metodología

Variable independiente:

Dependencia funcional. Es la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad dentro de los márgenes considerados como normales. Se aplicó un cuestionario que incluyó las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, mediante la aplicación del Índice de Katz y la Escala de Lawton y Brody con los cuales se evaluó la capacidad de realizar sin dificultad o ayuda las funciones como: bañarse, vestirse, usar el sanitario, trasladarse dentro del hogar, alimentarse, preparar alimentos, tomar los medicamentos, ir de compras y administrar el dinero. Se consideró que la pérdida de algunas de estas funciones refleja cierto grado de dependencia.

Variable dependiente:

Depresión. Enfermedad psicoafectiva en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades. Se evaluó mediante la aplicación de la Escala abreviada de Depresión Geriátrica de Yesavage, la cual se basa en un cuestionario que evaluó el área psicoafectiva con una puntuación

máxima de 15 donde 0 a 5 puntos indicó normalidad, 6 a 9 puntos depresión probable, igual o superior a 10 depresión establecida.

8.2. Selección de la muestra:

a) Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{z^2 pq N}{(N-1) e^2 + z^2 pq}$$

n= tamaño de muestra requerido

N= tamaño de la población = 93, 693

Z=nivel de fiabilidad al 95% (estándar 1.96)

p= proporción o prevalencia de 10%*

q=1-p

e= margen de error (estándar 0.05)

n= (3.84) (0.10) (0.90) (93, 693) / ((93, 693-1)(0.0025)+(3.84)(0.10)(0.90)) = 32380/235=158

Más un 15% =156

b) Criterios de Selección:

Criterios de inclusión:

1. Adultos mayores de 60 y más años de edad.
2. Género, estado civil, ocupación y escolaridad indistinta.
3. Ser derechohabientes de la UMF No. 28
4. Acudieron a consulta a la UMF No.28
5. Con expediente clínico completo y con vigencia de derechos.
6. Que aceptaron participar en el estudio, con la respectiva firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que se encontraban bajo tratamiento antidepresivo.
2. Pacientes diagnosticados con depresión e hipotiroidismo.
3. Quienes se encontraban en proceso de duelo (pérdida de un ser querido en el último año).

Criterios de eliminación:

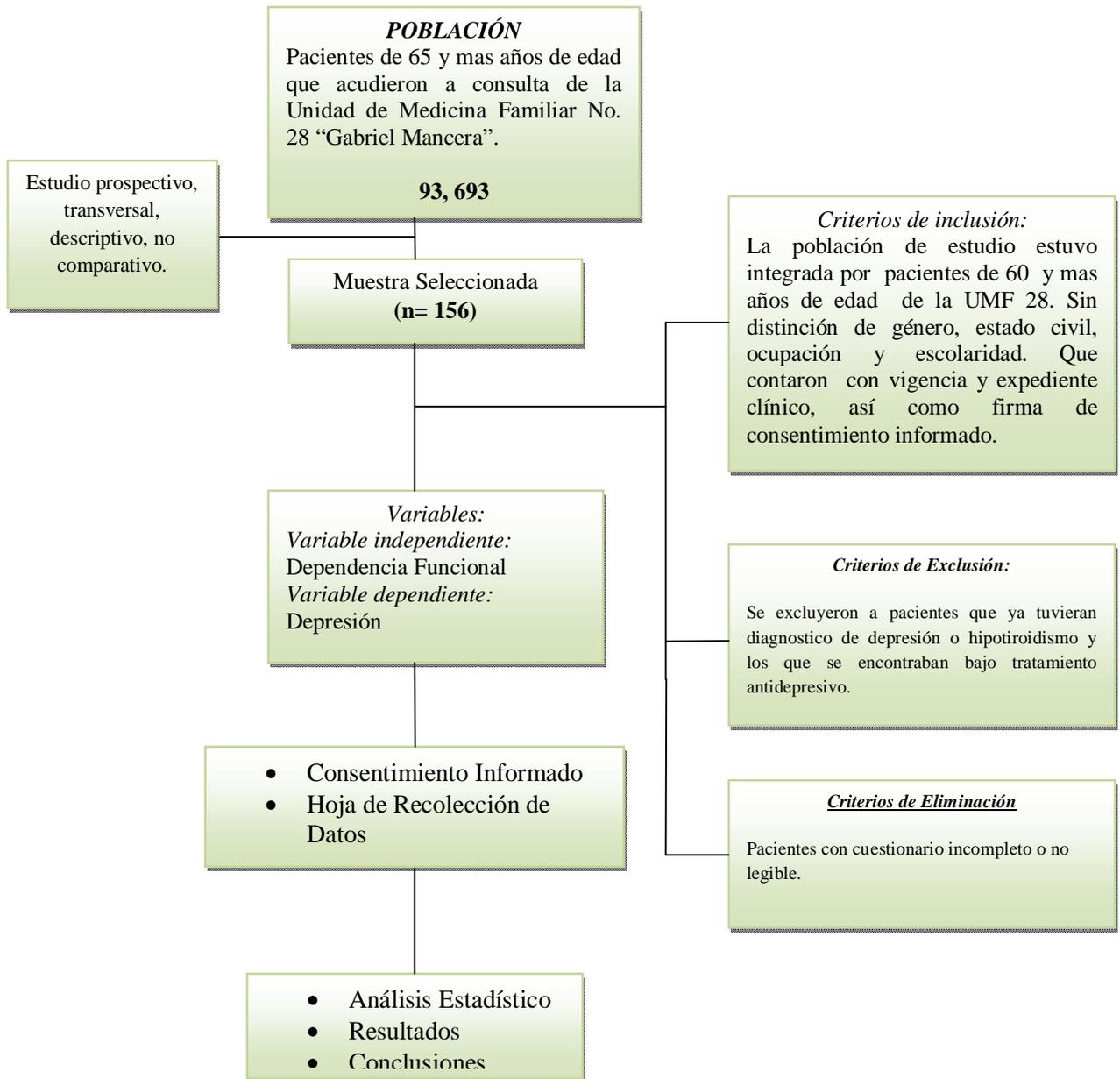
1. Pacientes que no contestaron el cuestionario o que estuvo incompleto.
2. Paciente que contestaron el cuestionario de manera incomprensible.

Procedimientos

1. El investigador acudió a la sala de espera de la consulta externa de Unidad de Medicina Familiar No. 28.
2. A los pacientes que se encontraban en la sala de espera el investigador hizo un interrogatorio directo, previa presentación y dando a conocer el consentimiento informado.
3. Se solicitó a las asistentes médicas corroborar la vigencia de derechos del paciente.
4. Se aplicó el cuestionario al paciente antes o después de recibir consulta por su médico familiar.

8.3. Diseño del Estudio:

GRADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES CON DEPENDENCIA FUNCIONAL



9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables se sometieron a un análisis descriptivo univariado, mediante las frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y de dispersión. Las variables categóricas se compararon usando la prueba de χ^2 y para las variables cuantitativas se usaron las pruebas estadísticas paramétricas como la “t” Student usando el coeficiente de correlación de Pearson para variables con distribución normal, en las que no tiene distribución normal la prueba de Kruskal Wallis; a fin de demostrar diferencias significativas entre el grupo de adultos mayores que tuvieron depresión y aquellos que no la tuvieron de acuerdo a la dependencia funcional.

Se obtuvo la razón de momios (RM) para cada una de las variables con sus respectivos intervalos de confianza al 95% para identificar la existencia de asociación entre las variables estudiadas y la presencia de depresión.

Se procedió a desarrollar un modelo basado en aspectos de plausibilidad biológica y significancia estadística, por medio del programa Stata se corrió el modelo de regresión logística con las variables que presentaron un $p \leq 0.2$, se analizó la salida de las variables que modificó el efecto hasta obtener un modelo con una máxima verosimilitud el cual se evaluó por medio de una prueba de likelihood. Una vez que se decidió el modelo ajustado, en cuanto a las variables que se incluyeron, se llevó a cabo una revisión de los supuestos del modelo de regresión logística con el fin de que los procedimientos de inferencia se validaran. Una primera evaluación del modelo se realizó mediante el uso de la prueba χ^2 de la log verosimilitud, con el uso de la pseudo R^2 , y la prueba de Hosmer y Lemeshow. Lo que se buscó es que nuestro modelo explicara el fenómeno estudiado de la mejor manera posible.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, título segundo, capítulo I, artículo 17, fracción II: fue un estudio de riesgo mínimo^{††} el

^{††} Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto en el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación

cual se redujo anonimizando expedientes, ya que solo se obtuvo un código o folio, para el momento de análisis. Contando con la autorización por parte del adulto mayor a quien se entrevistó guardando la confidencialidad y estos datos fueron solo para fines de la realización de ésta tesis.

11. RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

- Recursos humanos: Apoyo del personal de trabajo social de la UMF No. 28, Médicos Familiares de la consulta externa de la UMF No.28, Médicos Asesores de protocolo, Personal Bibliotecario.
- Recursos materiales: Hoja de consentimiento informado, Hoja de cuestionario, Computadora, Impresora, Memoria USB, Lápiz, Goma.
- Recursos financieros: se cubrió por el Médico Residente autor del protocolo.

12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

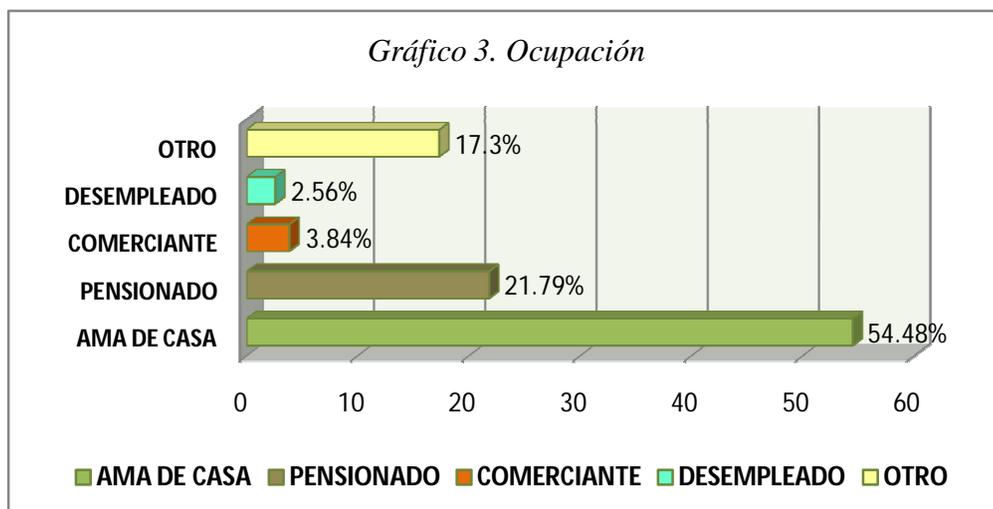
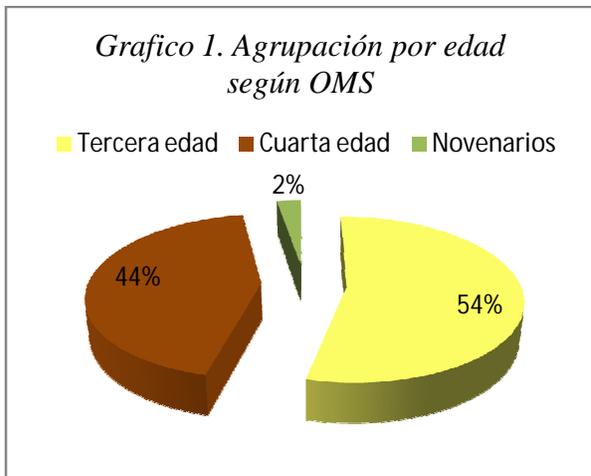
ACTIVIDADES	2011							2012						
	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
DELIMITACIÓN DEL TEMA A ESTUDIAR	■	■												
REVISIÓN Y SELECCIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA	■	■												
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO			■	■										
CORRECCIONES AL PROTOCOLO Y CUESTIONARIO					■	■								
AUTORIZACIÓN POR EL CÓMITE DE INVESTIGACIÓN						■	■							
PRUEBA PILOTO								■						
APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO								■	■					
VERIFICACIÓN Y CAPTURA DE DATOS								■	■	■				
ANÁLISIS DE RESULTADOS Y REDACCIÓN DE TESIS												■	■	
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS														■

13.RESULTADOS

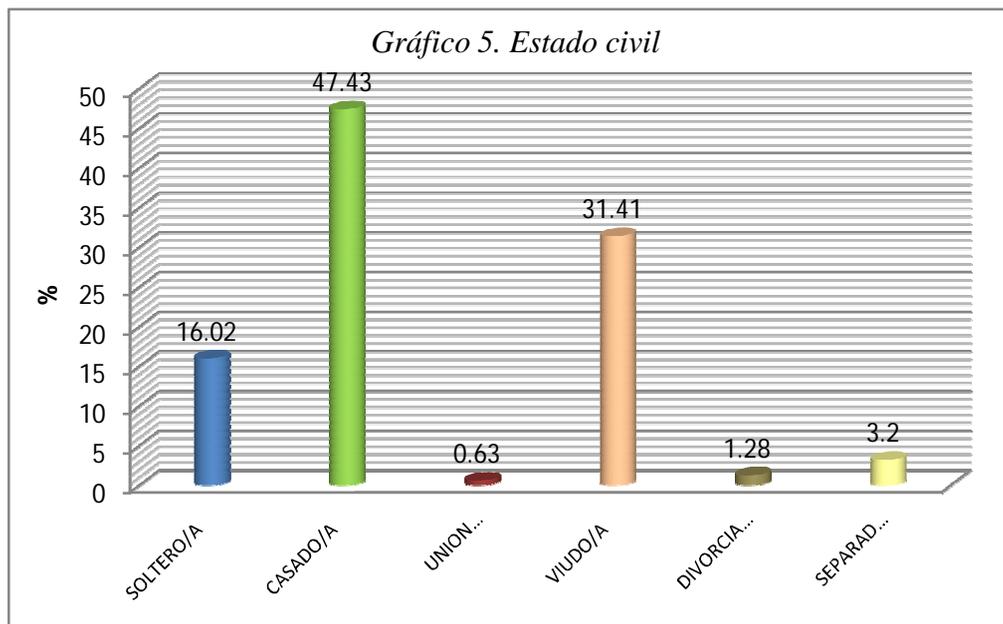
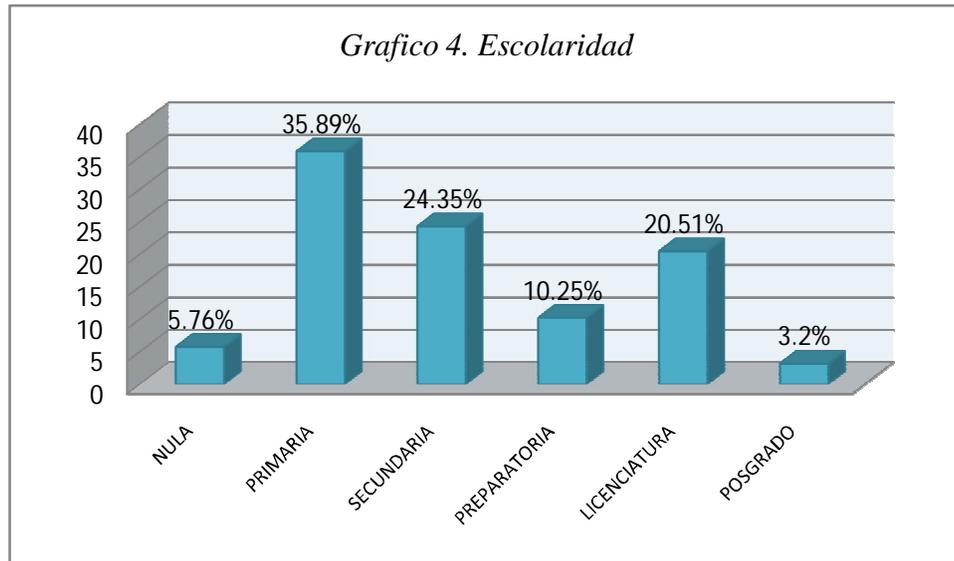
De los 156 adultos mayores encuestados obtuvimos los siguientes resultados:

Sociodemográficos:

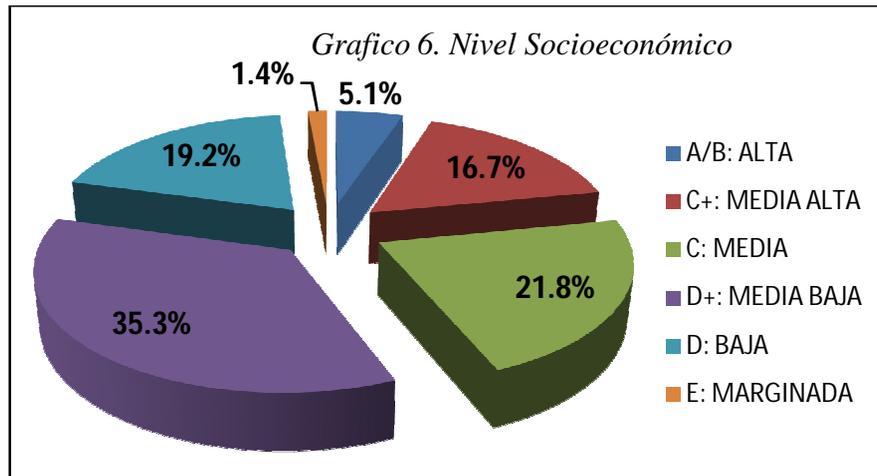
La edad promedio fue de 74.5+/- 8.2, con una mediana de 74 y moda de 75 años. Agrupados por edad según la OMS, el más predominante fue el de la Tercera edad con un 53.8% (84). *Grafico 1*, de los cuales fueron mujeres en un 62%(97). *Grafico. 2*. Así la ocupación fue ama de casa en un 54.48% (85), seguida por 21.79% (34) de pensionados. *Grafico 3*.



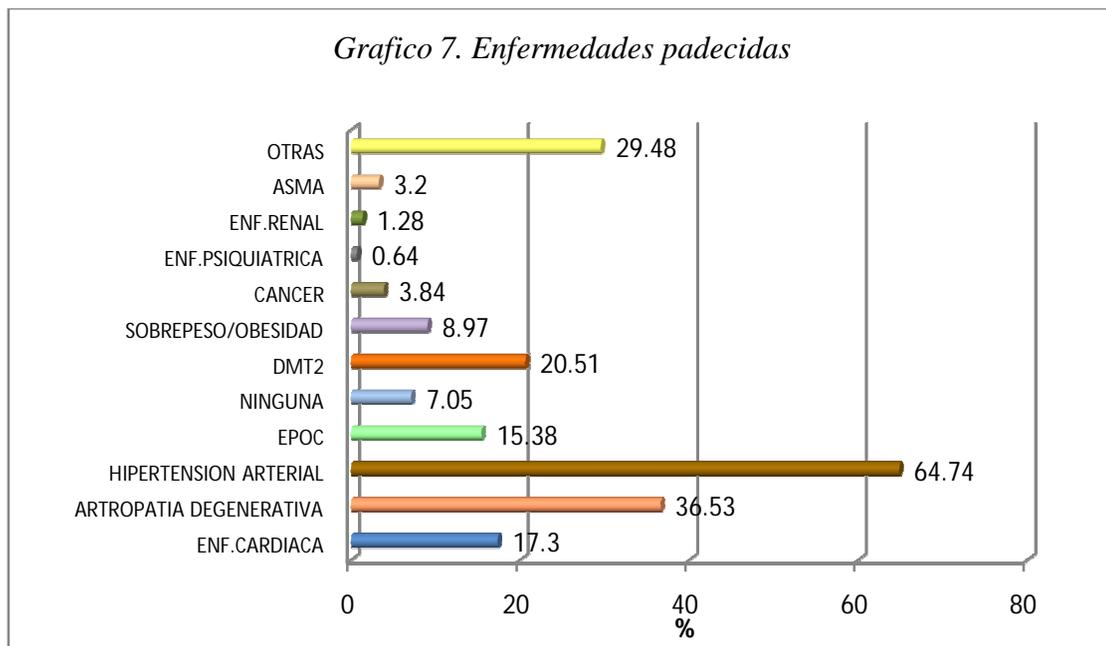
El grado de escolaridad más frecuente fue primaria en un 35.89%(56), seguido de secundaria con un 20.51%(32). *Grafico 4.* Con respecto al estado civil, encontramos que la mayoría estaban casados (47.43%), seguido por viudo/a con un 31.41%. *Grafico 5.*



De acuerdo a la escala AMAI encontramos que el nivel socioeconómico predominante fue media baja en un 35.3%(55) seguida de nivel medio con un 21.8% (34).1%, sin embargo podemos observar que la población fue muy variada. *Grafico 6.*

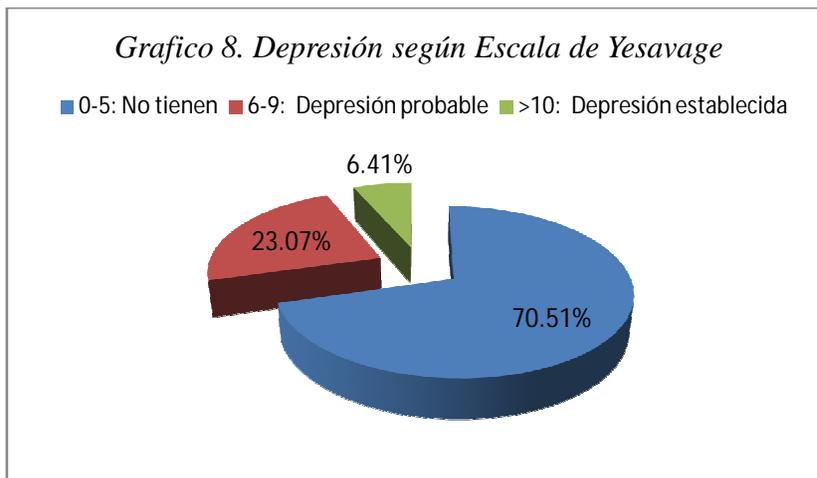


Las enfermedades crónicas fueron las más frecuentes, pues la Hipertensión Arterial fue la de mayor frecuencia (64.74%), seguida de artropatía degenerativa (36.53%) y Diabetes Mellitus tipo 2 (20.51%) *Grafico 7.*



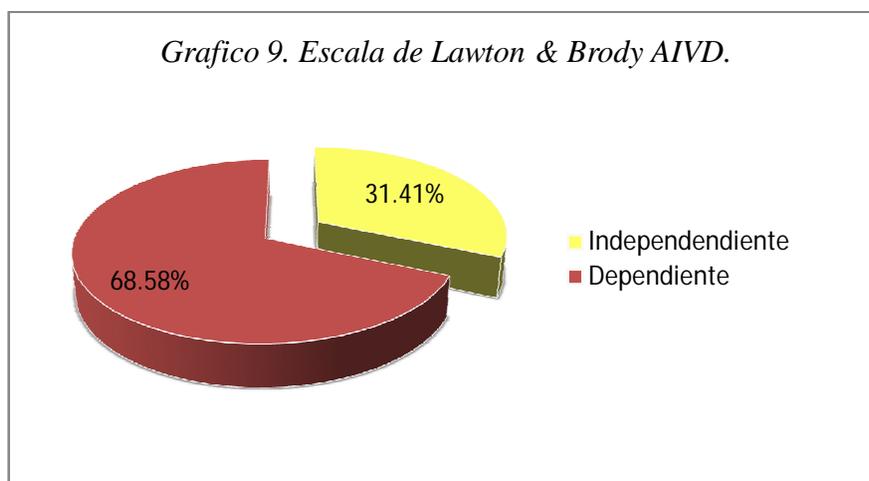
Grado de depresión del adulto mayor

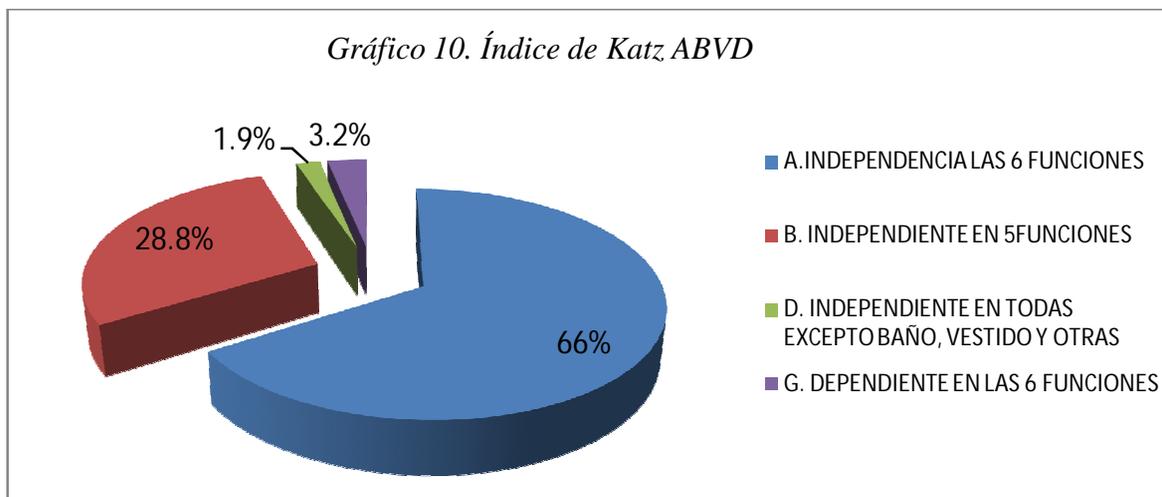
De acuerdo a la *Escala de Yesavage* encontramos que el 70.51% (119) no tuvieron depresión, el 23.07% (36) con depresión probable y el 6.41% (10) con depresión establecida. *Grafico 8.*



Dependencia funcional del adulto mayor

Al aplicar la escala de Lawton & Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria, el resultado fue que el 68.6% (107) tienen algún grado de dependencia y el 31.4% (49) fueron independientes. *Grafico 9.* Según el índice de Katz para las actividades de la vida diaria el 66% (103) son independientes en las 6 funciones, el 28.8%(45) son independientes en 5 funciones, el 3% (3) son independientes excepto en el baño, vestido y otra. El 3.2% (5) es dependiente en las 6 funciones. *Gráfico 10*





Grado de depresión en adultos mayores con dependencia funcional

De los adultos mayores con dependencia en las actividades básicas de la vida diaria el 30.2% tienen depresión y de los adultos mayores con dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria el 27.1% tienen depresión. Al correlacionar depresión/dependencia AIVD y depresión/dependencia ABVD se encontró una significancia estadística con una $P=.021$ y $.020$ respectivamente. *Ver tabla 1 y 2(Anexos).*

Grado de dependencia en adultos mayores con depresión

De los adultos mayores que no tuvieron depresión el 70.9% (90) son independientes en las 6 funciones (Índice de Katz). De los adultos mayores que tuvieron depresión probable y establecida el 66.6% tuvieron dependencia en al menos una de las 6 funciones. Con una asociación significativa con una $P= .020$. Lo que significa que los pacientes con depresión tienen una alta probabilidad de tener algún grado de dependencia funcional. *Ver tabla. 1(Anexos).*

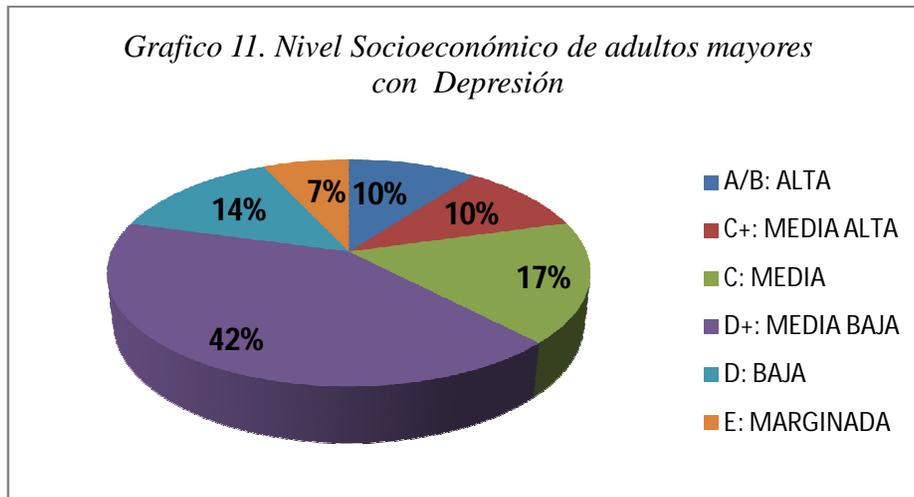
De los adultos mayores que no tenían depresión el 63.8% (81) son dependientes para las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton & Brody). De los adultos mayores con depresión el 89.6%(26) son dependientes para las actividades instrumentales de la vida diaria. Encontrando una significancia estadística con una $P=.021$. *Ver Tabla 2(Anexos).*

Características sociodemográficas y Depresión

Se evaluaron todas las características sociodemográficas según nuestro instrumento de medición, encontrando que solo escolaridad tuvo una asociación significativa.

De los adultos mayores con depresión establecida, el 33.3% y el 50% tenían escolaridad primaria y secundaria respectivamente contra un 16.7% con licenciatura. El 73.9% y 17.4% con depresión probable tienen una escolaridad de primaria y secundaria respectivamente contra un 4.3% con escolaridad preparatoria. Por lo tanto, existe una asociación significativa con un valor de $p=0.018$. Lo que significa que a menor grado de escolaridad mayor probabilidad de depresión. *Ver tabla 4(Anexos).*

Según nivel socioeconómico de los adultos mayores con depresión, existe predominio de la clase media baja con un 42%, seguida de la clase media 17%, sin embargo no se encontró asociación estadística significativa. *Grafico 11.*



14.DISCUSIÓN

La población de adultos mayores demanda mayor atención médica como consecuencia de la pluripatología, dentro de la cual sobresalen las enfermedades crónicas degenerativas y trastornos del estado psicoafectivo considerados como factores relacionados con dependencia funcional y depresión.

En nuestro estudio encontramos que la prevalencia de depresión establecida del adulto mayor fue de 6.41%, un poco menor a la estimada a nivel nacional, según Bello M y cols³⁶. Considerando que la escala aplicada es de tamizaje, sumando depresión probable y establecida obtuvimos un 29.48%, éste último mayor a la prevalencia estimada en E.U. (6-20%)³⁷.

La evaluación de la dependencia funcional según la Escala de Lawton & Brody (AIVD) e Índice de Katz (ABVD) arrojó una prevalencia del 68.38% y del 44%, respectivamente, como se puede observar existe mayor dependencia para las AIVD similar a lo reportado por De la Fuente-Bacelis Teresa J y cols³⁹.

Ahora bien, al estudiar la relación entre dependencia funcional y depresión encontramos que existe una asociación significativa tanto para las actividades básicas de la vida diaria como las instrumentales para desarrollar depresión en el adulto mayor, pues de los adultos mayores con dependencia para las actividades básicas de la vida diaria presentan depresión en un 30.2% (sumando depresión probable y establecida) y para las actividades instrumentales de la vida diaria el 27.1% presentó depresión, con una asociación significativa con una $P=.021$ y $.020$ respectivamente. Pudimos observar que en nuestro estudio la depresión fue 3% más frecuente en los adultos mayores con dependencia para las actividades de la vida, pero ambas son factores asociados a desarrollo de depresión. De manera inversa, de los pacientes con depresión el 89.6% eran dependientes para las actividades instrumentales de la vida diaria y el 66.6% presentaron dependencia en al menos una de las 6 funciones. Como se puede observar la presencia de depresión es más frecuente en los adultos con dependencia para las actividades instrumentales que para las básicas, por lo que el impacto que tiene la dependencia en su comunidad es mayor que la de su domicilio³⁸. Similares resultados se reportan por Gómez-Restrepo y cols., donde afirman que la dependencia en las actividades diarias y la discapacidad son factores que se asocian con depresión³⁹ y están en estrecha

relación con las enfermedades crónicas; en nuestro estudio, el 64.7% presentó hipertensión arterial seguida de Osteoartrosis 20.5% y 17.3% con Diabetes Mellitus.

La población de estudio fue muy variada respecto a su demografía y nivel socioeconómico ya que, a pesar de ser una zona urbana, encontramos gran diversidad en el nivel socioeconómico y escolaridad, aunque en menor porcentaje, nivel marginado y alto; escolaridad desde analfabeta hasta posgrado; probablemente esta diversidad con su respectiva frecuencia pudiera ser una causa de que esas variables no representen significancia estadística, tal vez en estudios sucesivos la muestra deba ser más amplia para estudiar mejor dichas variables, lo cual no fue objetivo del presente estudio.

De las variables sociodemográficas estudiadas, encontramos que el grado de escolaridad es un factor que en nuestra población de estudio representó una asociación significativa con depresión, ya que a menor grado de escolaridad mayor frecuencia de depresión con una $P=0.018$. Otra de las variables sociodemográficas que en la literatura se encuentra asociada a depresión, es el sexo femenino⁴⁰, sin embargo, en nuestro estudio no se encontró significancia estadística.

En lo referente a la comorbilidad encontrada en nuestra población de estudio, refleja una gran prevalencia en enfermedades crónicodegenerativas, así mismo, cabe resaltar que el 62.8% padecen más de dos enfermedades, lo que los ubica en pacientes con pluripatología. Ésta característica es uno de los factores también asociados a depresión en el adulto mayor⁴¹.

15. CONCLUSIÓN

El grado de depresión del adulto mayor con dependencia funcional encontrada en este estudio fue de 30.2% para las actividades básicas de la vida diaria y el 27.1% para las actividades instrumentales de la vida diaria, con una asociación estadística significativa para ambas.

La población de adultos mayores va en creciente aumento a nivel mundial, como consecuencia el estudio de las enfermedades crónicas y alteraciones del estado de ánimo

adquieren mayor importancia, siendo necesario la ampliación de estrategias diagnósticas y terapéuticas para este grupo de edad.

La depresión es un padecimiento que requiere evaluación integral para llegar al diagnóstico, ya que es una de las patologías psicoafectivas más frecuentes y con mayor subdiagnóstico. El diagnóstico oportuno y consecuente tratamiento ayuda a mejorar la calidad de vida de nuestro paciente, pues la depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano y, al contrario, la comorbilidad, la discapacidad y el deterioro cognoscitivo tienen un pésimo efecto sobre los individuos deprimidos⁴¹. Finalmente la consecuencia es una tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, peor pronóstico para un pronto restablecimiento, y mayor utilización de los servicios hospitalarios.

Dado que en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, la población de adultos mayores predomina, es necesario ampliar las estrategias de atención para esta población, ya que por las características de la misma, implica una mayor demanda de atención médica. En este estudio se muestran las características de la población de adultos mayores, misma que servirá de herramienta de apoyo para la creación de nuevas estrategias en la atención del adulto mayor derechohabiente de esta unidad.

Así mismo, es necesario ampliar los estudios con respecto a la dependencia funcional como factor relacionado para depresión en el adulto mayor ya que existen muy pocos estudios al respecto.

16.BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Organización Mundial de la Salud.58ª Asamblea Mundial de la Salud, Plan de Acción sobre el Envejecimiento: informe sobre su ejecución. Madrid 2005.
- ² Romo Gamboa C.E. Envejecimiento demográfico y vejez del sistema de salud en México.III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP. Cordoba-Argentina 2008.
- ³ Trujillo de los Santos Z, Becerra Pino M, Rivas Vera M. Latinoamérica envejece, Visión gerontológica/Geriátrica. 1ra ed. México, D.F.: Mc Graw Hilla, 2007.
- ⁴ Trujillo de los Santos Z, Becerra Pino M, Rivas Vera M. Latinoamérica envejece, Visión gerontológica/Geriátrica. 1ra Ed. México, D.F.: Mc Graw Hilla, 2007.
- ⁵ González CA, Ham-Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Salud Publica Mex 2007;49 supl 4:S448-S458.
- ⁶ Romo Gamboa C.E. Envejecimiento demográfico y vejez del sistema de salud en México.III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP. Cordoba-Argentina 2008.
- ⁷ Romo Gamboa C.E. Envejecimiento demográfico y vejez del sistema de salud en México.III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP. Cordoba-Argentina 2008.
- ⁸ Zavala González MA, Posadas Arévalo SE, Cantú Pérez RG. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villa Hermosa, México. Archivos de Medicina Familiar. Méx. 2010; 12(4): 117-118.
- ⁹ Bazo Royo M, García Sanz B, Hernández Rodríguez G, Leira López J, López Rey MJ, Millán Calenti JC, Taboadela Alvarez O. Sociología de la vejez. En: Millán Calenti JC. Principios de Geriatria y Gerontologia. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana de España S.A.U.; 2006. p. 43-112.
- ¹⁰ Borson., Soo.Epidemiology and clinical presentation of depresión in the elderly. APA 2000 Annual Meeting, Chicago, 2000.
- ¹¹ Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1982-1983;17:37-49.
- ¹² Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg T, Smit JH, Hooijer C, van Tilburg W. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. J Affect Disord 1995;36:65-75.

-
- ¹³ SheiKh JL, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter versión. *Clin Gerontol* 1986; 5: 165-72.
- ¹⁴ Márquez-Cardozo E, Soriano SS, García HA, Falcón GMP. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Rev Aten Primaria Esp* 2005; 36(6): 345-6.
- ¹⁵ Becerra PM, et al. Guía de consulta para Médico General. Programa de salud en el adulto y en el anciano. Depresión en el Adulto Mayor. Secretaría de Salud Mex 2005: 2-11.
- ¹⁶ Campos AA. Curzo y pronóstico de la depresión en ancianos. *Rev MEDUNAB Colomb* 2001; 4(12): 161-5.
- ¹⁷ Low-Level Depression. Diagnosing and Treating Minor Depression Is Vital in Elderly from The Brown University Geriatric Psychopharmacology Update .Posted 07/16/2002 .
- ¹⁸ Centers for Disease Control and Prevention. Suicide deaths and rates per 100,000 [Online]. Available: <http://www.cdc.gov/ncipc/data/us9794/suic.htm>. (1999).
- ¹⁹ Dorantes Mendoza G., Avila Fuentes J.A. Mejía Arango S, et al. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario de Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. *Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Healt Méx* 2007; 22 (1).
- ²⁰ Ávila Funes J.A. Melano Carranza E., et al. Síntomas Depresivos como factor de riesgo de dependencia en Adultos Mayores. *Rev Salud Publica Méx. Cuernavaca* 2007; 49(5).
- ²¹ Encinas JE. Abatimiento funcional del adulto Mayor, México. *Salud Pública. Facultad Medicina UNAM*. 2000. pp. 1.
- ²² Kane RA, Bayer AJ. Assessment of functional status. In: Pathy MSJ, editor. *Principles and practice of geriatric medicine*. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1991. pp. 265-71.
- ²³ Katz S, Branch LG, Branson MH, Papsidero JA, Beck JC, Greer DS. Active life expectancy. *N Engl J Med* 1983;309(20):1218-1224.
- ²⁴ Lawton, M.P., & Brody, E.M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 1969 9(3), 179-186.
- ²⁵ Zavala González MA, Posadas Arévalo SE, Cantú Pérez RG. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villa Hermosa, México. *Arch Med Fam. Mex* 2010; 12(4): 117-118.
- ²⁶ Ávila Funes J.A. Melano Carranza E., et al. Síntomas Depresivos como factor de riesgo de dependencia en Adultos Mayores. *Rev Salud Publica Mex. Cuernavaca* 2007; 49(5).

-
- ²⁷ Barrantes-Monge M, García-Mayo E.J., Gutiérrez-Robledo L.M., et al. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Rev Salud Pub Méx* 49 (4) 2007.Pags. 459-466.
- ²⁸ Enrique Arrieta L. M. Almudena García A. Efectividad de las Pruebas Psicométricas en el Diagnóstico y Seguimiento de Deterioro, Depresión y Ansiedad en las Personas Mayores. *Clínica y Salud Madrid* 2009 20(1) - Págs. 5-18
- ²⁹ Izal M, Montorio I. Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. *Rev Gerontol* 1996; 6: 329-37.
- ³⁰ Del Ser Quijano T, Peña-Casanova J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: JR Prous editores; 1994.
- ³¹ Alden D, Austin C, Sturgeon R. A correlation between the Geriatric Depression Scale Long and Short Forms. *J Gerontol Psychol Sc* 1989; 44 (4): 124-5.
- ³² Perlado F. Valoración geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36 (Supl. 5): 25-31.
- Del Ser Quijano T, Peña-Casanova J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: JR Prous editores; 1994.
- ³³ Katz S, Branch LG, Branson MH, Papsidero JA, Beck JC, Greer DS. Active life expectancy. *N Engl J Med* 1983;309(20):1218-1224.
- ³⁴ Lawton M.P., Rajagopal D., Brody E., Kleban M.H. *Journal of Gerontology*, 1992;47; 4: 5156-64.
- ³⁵ Lawton, M.P., & Brody, E.M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, (1969). 9(3), 179-186.
- ³⁶ Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora M, Lozano R: Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Mex Public Health*, S1:S4-S11, 2005.
- ³⁷ Forsell Y, Winblad B. Incidence of major depression in a very elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:368-372.
- ³⁸ De la Fuente-Bacelis Teresa J, Quevedo-Tejero Elsy C, Jiménez-Sastré A, Zavala-González MA. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales. *Archivos en Medicina Familiar*. 2010: 12(1): 2

³⁹ Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto-Masis D, Gil-Laverde JFA, Rondón-Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica* 2004;16(6):378-386.

⁴⁰ Medina-Mora ME, Borges G, Lara-Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Feliz-Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26(4):1-16.

⁴¹ Penninx BW, Leveille S, Ferrucci L, van Eijk JT, Guralnik JM. Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health* 1999;89:1346-1352.

17. ANEXOS

Tabla 1. Depresión-Índice de Katz

Recuento		GRUPOS				Total
		Independiente en las seis funciones	Independiente en cinco funciones	Independiente salvo en el baño, vestido y otra función	Dependiente en las seis funciones	
Depresión	No tiene depresión	90	32	3	2	127(81.4%)
	Con depresión	13	13	0	3	29(18.6%)
Total		103(66.02%)	45(28.8%)	3(1.92%)	5(3.20%)	156(100%)

Pruebas de Chi-cuadrada

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.032 ^a	6	.020
Razón de verosimilitudes	13.546	6	.035
N de casos válidos	156		

a. 8 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .12.

Tabla 2. Tabla de contingencia Depresión-AIVD

		Lawton & Brody		Total
		Dependencia para actividades instrumentales	Independiente	
DEPRESIÓN	No tiene depresión	81	46	127(81.4%)
	Con depresión (probable y establecida)	26	3	29(18.6%)
TOTAL		107(68.6%)	49(31.4%)	156(100%)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.713 ^a	2	.021
Razón de verosimilitudes	10.072	2	.007
Asociación lineal por lineal	7.528	1	.006
N de casos válidos	156		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.88.

Tabla 3. Escolaridad /Depresión

		ESCOLARIDAD						Total
		NULA	PRIMA RIA	SECUND ARIA	PREPA RATOR IA	LICENC IATURA	POSGRA DO	
No tiene depresión	Recuento	8	37	33	16	31	2	127
	% dentro de depresión	6.3%	29.1%	26.0%	12.6%	24.4%	1.6%	100.0%
	% dentro de ESCOLARIDAD	88.9%	66.1%	82.5%	94.1%	96.9%	100.0%	81.4%
	% del total	5.1%	23.7%	21.2%	10.3%	19.9%	1.3%	81.4%
Depresión moderada	Recuento	1	17	4	1	0	0	23
	% dentro de depresión	4.3%	73.9%	17.4%	4.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	% dentro de ESCOLARIDAD	11.1%	30.4%	10.0%	5.9%	0.0%	0.0%	14.7%
	% del total	0.6%	10.9%	2.6%	0.6%	0.0%	0.0%	14.7%
Depresión severa	Recuento	0	2	3	0	1	0	6
	% dentro de depresión	0.0%	33.3%	50.0%	0.0%	16.7%	0.0%	100.0%
	% dentro de ESCOLARIDAD	0.0%	3.6%	7.5%	0.0%	3.1%	0.0%	3.8%
	% del total	0.0%	1.3%	1.9%	0.0%	0.6%	0.0%	3.8%
	Recuento	9	56	40	17	32	2	156
	% dentro de depresión	5.8%	35.9%	25.6%	10.9%	20.5%	1.3%	100.0%
	% dentro de ESCOLARIDAD	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0%
	% del total	5.8%	35.9%	25.6%	10.9%	20.5%	1.3%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21.437 ^a	10	.018
Razón de verosimilitudes	25.424	10	.005
Asociación lineal por lineal	6.822	1	.009
N de casos válidos	156		
a. 11 casillas (61.1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .08.			

Tabla 4. Nivel socioeconómico y depresión

			DEPRESIÓN		Total
			SI	NO	
NIVEL SOCIOECONÓMICO	A/B	Recuento	3	5	8
		% dentro de nivelsocioeconómico	37.5%	62.5%	100.0%
		% dentro de depresión	10.3%	3.9%	5.1%
		% del total	1.9%	3.2%	5.1%
	C	Recuento	5	29	34
		% dentro de nivelsocioeconómico	14.7%	85.3%	100.0%
		% dentro de depresión	17.2%	22.8%	21.8%
		% del total	3.2%	18.6%	21.8%
	C+	Recuento	3	23	26
		% dentro de nivelsocioeconómico	11.5%	88.5%	100.0%
		% dentro de depresión	10.3%	18.1%	16.7%
		% del total	1.9%	14.7%	16.7%
	D	Recuento	4	26	30
		% dentro de nivelsocioeconómico	13.3%	86.7%	100.0%
		% dentro de depresión	13.8%	20.5%	19.2%
		% del total	2.6%	16.7%	19.2%
	D+	Recuento	12	43	55
		% dentro de nivelsocioeconómico	21.8%	78.2%	100.0%
		% dentro de depresión	41.4%	33.9%	35.3%
		% del total	7.7%	27.6%	35.3%
E	Recuento	2	1	3	
	% dentro de nivelsocioeconómico	66.7%	33.3%	100.0%	
	% dentro de depresión	6.9%	0.8%	1.9%	
	% del total	1.3%	0.6%	1.9%	
Total	Recuento	29	127	156	
	% dentro de nivelsocioeconómico	18.6%	81.4%	100.0%	
	% dentro de depresión	100.0	100.0	100.0%	
	% del total	18.6%	81.4%		
**A/B: ALTA, C+: MEDIA ALTA, C: MEDIA, D+: MEDIA BAJA, D: BAJA, E: MARGINADA					

Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiada, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-5: Normal

0-9: Depresión probable

>10: Depresión establecida

Índice de Katz (actividades básicas de la vida diaria)

Baño	Independiente: Se baña enteramente solo, o bien requiere ayuda únicamente en alguna zona concreta Dependiente: Necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha.
Vestido	Independiente: Coge la ropa y se la pone él solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias). Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente vestido.
Uso del WC	Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa, se limpia él solo. Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC y/o para limpiarse.
Movilidad	Independiente: Se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta de una silla él solo, se desplaza solo. Dependiente: Necesita ayuda para levantarse y/o acostarse, de la cama y/o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza.
Continencia	Independiente: Control completo de la micción y defecación. Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.
Alimentación	Independiente: Come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos). Dependiente: Necesita ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación enteral.

A: Independiente para todas las funciones.

B: Independiente para todas menos una cualquiera.

C: Independiente para todas menos baño y otra cualquiera.

D: Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera.

E: Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC y otra cualquiera.

F: Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC, movilidad y otra cualquiera.

G: Dependiente en todas las funciones.

Escala de Lawton & Brody

Escala de actividad instrumental de la vida diaria		Puntos
Anotar, con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividad instrumental de la vida diaria		
Capacidad para usar el teléfono:		
Utiliza el teléfono por iniciativa propia		1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares		1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar		1
No utiliza el teléfono		0
Hacer compras:		
Realiza todas las compras necesarias independientemente		1
Realiza independientemente pequeñas compras		0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra		0
Totalmente incapaz de comprar		0
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente		1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes		0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada		0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas		0
Cuidado de la casa:		
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)		1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas		1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza		1
Necesita ayuda en todas las labores de casa		1
No participa en ninguna labor de la casa		0
Lavado de la ropa:		
Lava por sí solo toda su ropa		1
Lava por sí solo pequeñas prendas		1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro		0
Uso de medios de transporte:		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche		1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte		1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona		1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros		0
No viaja		0
Responsabilidad respecto a su medicación:		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas		1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente		0
No es capaz de administrarse su medicación		0
Manejo de sus asuntos económicos:		
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo		1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos, etc.		1
Incapaz de manejar dinero		0
Total		
Máxima dependencia: 0 puntos 8 puntos: Independencia total.		

Instrumento de evaluación



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN DISTRITO FEDERAL SUR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 28

GRADO DE DEPENDENCIA EN EL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 28, MÉXICO, D.F.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha / / Folio No.

I.1. Nombre:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

I.2. No. de afiliación:

II. DATOS PERSONALES

II.1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	<input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año	II.2. ¿Cuántos años tiene usted?	<input type="text"/> años
II.3. Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	II.4. Actualmente ¿Cuál es su estado civil?	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a
II.5. ¿Sabe escribir un recado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	II.6. ¿Sabe leer un recado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
II.7. ¿Ocupación actual?	<input type="text"/>		
II.8. ¿Cuál fue el último grado que aprobó en la escuela?	<input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado		

III. DATOS SOCIOECONÓMICOS

III.1. ¿Tiene televisión a color en casa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Pasar a la pregunta III.3)	III.2. ¿Cuántos?	<input type="text"/>
III.3. ¿Cuenta con automóvil?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Pasar a la pregunta III.5)	III.4. ¿Cuántos?	<input type="text"/>
III.5. ¿Cuenta con baño (sanitario) en casa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Pasar a la pregunta III.7)	III.6. ¿Cuántos?	<input type="text"/>
III.7. ¿Tiene computadora en casa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Pasar a la pregunta III.9)	III.8. ¿Cuántos?	<input type="text"/>
III.9. ¿Cuántos cuartos tiene en su vivienda, sin contar baños ni pasillos?	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> >7	III.10. ¿De que material está construido el piso de su vivienda?	<input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Otro
III.11. ¿Cuenta con regadera en casa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	III.12. ¿Tiene estufa en casa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
III.13. ¿Cuál es el total de focos que hay en su casa?	<input type="text"/> Número de focos		
III.14. ¿Cuál es la escolaridad del jefe de familia?	<input type="checkbox"/> Sin instrucción <input type="checkbox"/> Carrera técnica, preparatoria completa o incompleta <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Primaria o secundaria completa o incompleta <input type="checkbox"/> Licenciatura completa o incompleta		

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

¿Usted padece alguna de las siguientes enfermedades? (Puede señalar más de uno)

<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Artropatía degenerativa	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Sobrepeso/Obesidad	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/> Otra, cuál?	<input type="text"/>	

IV. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

1.8.1. ¿Usted fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pasar a la pregunta 1.8.2	1.8.1.2. ¿A qué edad empezó a fumar?	<input type="text"/> Años
1.8.1.3. ¿Cuántos cigarrillos fuma por día actualmente?	<input type="text"/> Número	1.8.2. ¿Ingere bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pasar a la pregunta 1.8.3
1.8.2.1. ¿Cada cuánto ingería bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> 1 a 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 1 a 3 veces mensuales <input type="checkbox"/> Solo en reuniones	1.8.2.3. ¿Cuándo toma, llega a embriagarse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1.8.2.2. ¿A qué edad comenzó a ingerir bebidas alcohólicas?	<input type="text"/> Años		

VIII. ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

VIII.1. ¿Está satisfecho con su vida ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIII.2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VIII.3. ¿Siente que su vida está vacía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIII.4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VIII.5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIII.6. ¿Teme que algo malo le pase?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VIII.7. ¿Se siente feliz muchas veces?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIII.8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VIII.9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIII.10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VIII.11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIII.12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VIII.13. ¿Se siente lleno/a de energía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIII.14. ¿Siente que su situación es desesperada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VIII.15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

V. ACTIVIDADES LAWTON Y BRODY

V.1. Para usar el teléfono usted:	<input type="checkbox"/> 1 = Lo opera por iniciativa propia, marca sin problemas <input type="checkbox"/> 1 = Marca solo unos números bien conocidos <input type="checkbox"/> 1 = Contesta pero no marca números <input type="checkbox"/> 0 = No usa el teléfono
V.2. Para Realizar compras usted:	<input type="checkbox"/> 1 = Se encarga de hacer todas las compras sin ayuda <input type="checkbox"/> 0 = Puede hacer compras pequeñas independientemente <input type="checkbox"/> 0 = Necesita compañía para hacer cualquier compra <input type="checkbox"/> 0 = Totalmente incapaz de hacer las compras
V.3. Para la preparación de los alimentos usted:	<input type="checkbox"/> 1 = Planea, prepara y sirve comidas adecuadamente <input type="checkbox"/> 0 = Prepara comidas adecuadas si se dan los ingredientes <input type="checkbox"/> 0 = Calienta, prepara y sirve comidas, pero no mantiene una dieta adecuada <input type="checkbox"/> 0 = Necesita que le preparen y sirvan las comidas
V.4. Para el cuidado de la casa (departamento o cuarto) donde usted vive:	<input type="checkbox"/> 1 = Mantiene la casa solo o con ayuda mínima <input type="checkbox"/> 1 = Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente <input type="checkbox"/> 0 = Efectúa trabajo ligero sin eficiencia <input type="checkbox"/> 0 = Necesita ayuda o no participa
V.5. Para realizar el lavado de su ropa usted:	<input type="checkbox"/> 1 = Se ocupa de sus ropas independientemente <input type="checkbox"/> 1 = Lava solo pequeñas cosas <input type="checkbox"/> 0 = Todo se lo tienen que lavar
V.3. Para el uso de transporte usted:	<input type="checkbox"/> 1 = Se transporta solo <input type="checkbox"/> 1 = Se transporta solo en taxi, no usa otros <input type="checkbox"/> 1 = Viaja en transporte colectivo acompañado <input type="checkbox"/> 0 = Viaja en taxi o auto acompañado <input type="checkbox"/> 0 = No sale
V.4. En caso de que usted tome algún medicamento indicado por su médico, usted:	<input type="checkbox"/> 1 = Es capaz de tomarla a su hora y dosis correcta <input type="checkbox"/> 1 = Se hace responsable si se las preparan de antemano <input type="checkbox"/> 0 = Es incapaz de hacerse cargo
V.5. Para llevar a cabo las cuentas (finanzas, compras, manejo de dinero) usted:	<input type="checkbox"/> 1 = Maneja sus asuntos en forma independiente <input type="checkbox"/> 0 = Solo maneja lo necesario para compras mínimas <input type="checkbox"/> 0 = Es incapaz de manejar su dinero

VIII. ESCALA DE KATZ

V.1. En relación al baño ¿Puede enjabonarse, enjuagarse y secarse por sí solo? ¿Necesita ayuda para enjabonarse, enjuagarse y secarse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
V.2. Para vestirse usted: ¿Puede sacar la ropa del closet o cajón, ponerse la ropa, abotonarse, subir el cierre, abrochar el cinturón, ponerse los zapatos, amarrar las agujetas por sí solo? ¿Necesita ayuda para sacar la ropa del closet o cajón, ponerse la ropa, abotonarse, subir el cierre, abrochar el cinturón, ponerse los zapatos, amarrar las agujetas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
V.3. Para ir al sanitario (wc) usted: ¿Puede ir al escusado evacuar, orinar, asearse y arreglar su ropa? ¿Necesita ayuda para evacuar, orinar, asearse y arreglar su ropa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
V.4. Para moverse usted: ¿Puede usted solo subir y bajar la cama, levantarse y sentarse en una silla? ¿Necesita que alguien le ayude a subir y bajar la cama, levantarse y sentarse en una silla?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
V.5. Para controlar su continencia vesical usted es: ¿Presente salida de orina o de excremento sin sentir? ¿En ocasiones presenta salida de orina o de excremento sin sentir?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
V.6. Para alimentarse usted: ¿Puede comer por sí solo? ¿Necesita ayuda para poder comer?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F., a ____ de _____ del 2011.

El propósito de esta carta de consentimiento con número de investigación _____, autorizado por la Comisión Local de Investigación Científica, es darle la información necesaria para que usted decida la participación en el estudio.

Investigador Principal: Nombre del investigador que vas a registrar en SIRELCIS

Propósito del estudio: Se le ha pedido participar en una investigación que se está realizando para la detección de personas con depresión y su relación con la dependencia de actividades básicas de la vida diaria. El estudio consiste en realizarle una serie de preguntas.

Procedimientos del estudio: Si decide participar, solamente será entrevistado en una sola ocasión dentro de la Unidad de Medicina Familiar Número 28, donde se interrogarán aspectos sobre el tipo de dependencia que usted tiene, así como preguntas sobre aspectos de depresión y algunos aspectos sociodemográficos. Con un tiempo aproximado de 20 minutos de duración la entrevista. Si alguna pregunta le incomoda tiene derecho a no contestarla.

Riesgos del estudio: No consideramos ninguno.

Beneficios del estudio: No habrá beneficios personales. La identificación de depresión servirá para que se propongan modificaciones en los planes de salud actuales.

Costos: La participación en este estudio no tiene ningún costo para usted.

Compensación: Por participar en este estudio usted no recibirá ninguna compensación monetaria.

Confidencialidad: Los resultados serán mantenidos en archivos confidenciales del investigador principal.

La participación es voluntaria: Puede hacer cualquier pregunta relacionada con este estudio. Puede ponerse en contacto con el Dr. (investigador principal) al teléfono (55141674) ext 15628 si tiene alguna pregunta relacionada con la participación en esta investigación.

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Investigador: _____ Firma: _____ Fecha: _____