

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
MONTERREY, NUEVO LEÓN



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL
ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN ADSCRITO A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 20 DE JUÁREZ NUEVO LEÓN.

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROCÍO KARINA GÁMEZ CABRERA

MONTERREY, NUEVO LEÓN

2018



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
 INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR INSTITUTO
 MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28
 MONTERREY, NUEVO LEÓN


**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR
 DEL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN ADSCRITO A LA
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 DE JUÁREZ NUEVO
 LEÓN.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
 MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROCÍO KARINA GÁMEZ CABRERA

Laura de la Garza
 DRA. LAURA H. DE LA GARZA SALINAS
 COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE
 INVESTIGACIÓN EN SALUD



MONTERREY, NUEVO LEÓN

2018

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FUNCIONALIDAD
FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN ADSCRITO
A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 DE JUÁREZ
NUEVO LEÓN.**

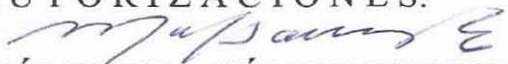
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

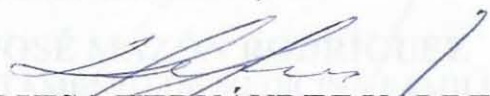
PRESENTA:

DRA. ROCÍO KARINA GÁMEZ CABRERA

NUMERO DE REGISTRO: R-2016-1909-5

AUTORIZACIONES:


DRA. MARÍA ELENA GÓMEZ CORONADO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UMF 28 MONTERREY, N.L.


DRA. MARÍA LUISA HERNÁNDEZ VALDEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE
LA UMF 35 DE MONTERREY, N.L.


DRA. KARINA JOSEFINA MAGDALENA CODINA LEAL
DIRECTOR MÉDICO DE LA UMF 35 DE MONTERREY, N.L.


DRA. IRAZEMA ELENA HERNÁNDEZ MANCINAS
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL


DR. MANUEL FIDENCIO GUERRERO GARZA
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO EN EDUCACIÓN


DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

MONTERREY NUEVO LEÓN

2018

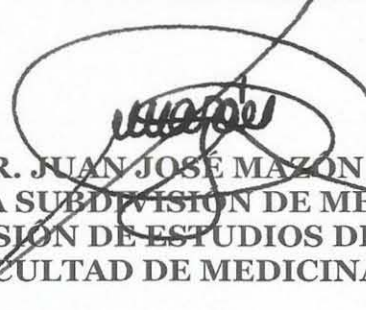
**"PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL
ADULTO MAYOR CON DEPRESION ADSCRITO A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 20 DE JUAREZ NUEVO LEON "**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. ROCIO KARINA GAMEZ CABRERA

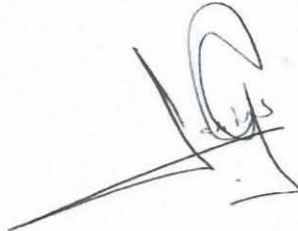
AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1912
H GRAL ZONA. MF. NUM 6, NUEVO LEÓN

FECHA 14/01/2016

DRA. ROCIO KARINA GAMEZ CABRERA**PRESENTE**

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

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR CON DEPRESION
ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 DE JUAREZ NUEVO LEON**

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 **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

| |
|------------------|
| Núm. de Registro |
| R-2016-1909-5 |

ATENTAMENTE

DR.(A). CARLOS ALEJANDRO DELGADO CORTEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1912

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

9

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**TÍTULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FUNCIONALIDAD
FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN ADSCRITO A
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 DE JUÁREZ NUEVO
LEÓN.**

| | |
|---------------------------------|----|
| INDICE..... | 6 |
| RESUMEN..... | 8 |
| ANTECEDENTES..... | 10 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 17 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 18 |
| OBJETIVO..... | 19 |
| METODOLOGÍA | 20 |
| DEFINICIÓN DE VARIABLES | 21 |
| TECNICA DE MUESTREO..... | 23 |
| ANÁLISIS ESTADÍSTICO | 24 |
| CONSIDERACIONES ETICAS | 25 |
| RESULTADOS | 26 |
| DISCUSIÓN..... | 35 |
| CONCLUSIONES..... | 37 |

| | |
|----------------------------------|----|
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 41 |
| ANEXOS | 44 |

RESUMEN.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 DE JUÁREZ NUEVO LEÓN.

Rocío Karina Gámez Cabrera¹, Patricia Elizabeth Mota Moreno², Jesús Eliud Garza Montemayor³.¹ Médico General Alumno del CEMFMG IMSS Sede UMF 28, ² Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF No. 27, ³ Médico no familiar (Psiquiatra) adscrito al Hospital General de Zona No. 1 de Saltillo.

ANTECEDENTES:

El envejecimiento demográfico es un grave problema a nivel mundial, implica una mayor demanda en los servicios de salud.

Las necesidades de los ancianos relacionadas con la salud mental, adquieren un especial interés. En México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad. La depresión se encuentra entre los 4 padecimientos más discapacitantes. La presentación atípica es común, por lo que frecuentemente es subdiagnóstica.

OBJETIVO:

Describir las características sociodemográficas, relacionadas con la Depresión de los ancianos, y el grado de funcionalidad familiar, de acuerdo su percepción., además de la prevalencia de dicha enfermedad.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional, transversal y prospectivo, en el que se incluyeron 150 pacientes, previa selección aleatoria, se les aplicó el instrumento de 3 secciones: 2 preguntas iniciales, ficha de identificación, la escala GDS 15 y el test de APGAR.

RESULTADOS:

La prevalencia encontrada de ancianos con depresión fue de 86% (con el test GDS 15 positivo). En cuanto a los factores socio-demográficos estudiados, se encontró que el género femenino presentó un mayor porcentaje de positividad (55.81 %). La media de edad estudiada fue de 69 años, demostrando predominancia en el grupo de 60-70 años (58.91%). Referente al estado civil el 70.54% tenía pareja, y al grado de escolaridad, el 62.79% solo tenía primaria concluida. El 91.47% presentó otras enfermedades crónicas asociadas y el

58.14 % tomaba más de 3 medicamentos. En cuanto al Test de APGAR, el 60% de los ancianos, percibió una disfunción moderada a severa en su núcleo familiar.

CONCLUSIONES:

La prevalencia de depresión en los ancianos a nivel mundial es del 7%, en este estudio el resultado fue de 86%, muy por encima de lo esperado, con esto se confirma la teoría de que la Depresión está sub-diagnosticada porque no se busca de manera intencionada. Además, al identificar los factores epidemiológicos asociados a la población en estudio, nos deja un gran precedente para complementar la información adquirida y poder trabajar de una forma integral y oportuna con esta población cautiva.

El impacto esperado con este estudio, recae en el conocimiento y la búsqueda intencionada de los principales signos y síntomas de la enfermedad, que se manifiestan en etapa temprana, así como de los factores de riesgo a los que más frecuentemente se asocia, para así reducir en gran porcentaje, la progresión y las complicaciones de dicho padecimiento, por lo tanto, los costos en la atención médica.

PALABRAS CLAVE: Perfil epidemiológico, funcionalidad familiar, adulto mayor, depresión.

MARCO TEÓRICO O ANTECEDENTES.

El envejecimiento es un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Es un proceso lento, endógeno, intrínseco, progresivo e irreversible, que reúne características muy específicas. Es producido por cambios bioquímicos que alteran la fisiología del organismo, ocasionando disminución de las capacidades del individuo para adaptarse a estos cambios y a los relacionados con el entorno en el que se desenvuelve. ¹

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. En México se considera anciano, o adulto mayor a una persona que sobrepasa los 60 años. Acorde a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (1974), la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002, el gobierno mexicano establece que un adulto mayor será aquella persona que cuente con 60 años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional. ^{2,3}

La población de adultos mayores es el grupo de mayor crecimiento en todo el mundo, según la ONU representaba el 10% de la población mundial en el 2000 y para el 2050 se duplicará; en tanto, la población de individuos mayores de 80 años se triplicará. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el 2010, la población de adultos mayores fue de 9.67 millones, se espera que para el 2050 alcance 35.96 millones, 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor. ^{4,5}

El envejecimiento demográfico es un grave problema a nivel mundial, ya que implica una mayor demanda de servicios de salud, el grupo de edad de mayores de 60 años presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad. La consecuente elevación en la frecuencia y número de enfermedades crónico degenerativas causantes de invalidez, plantea retos importantes al Sistema de Salud por la gran demanda de servicios especializados, pues tendrá

que atender a un número creciente de población con limitados recursos y con un sistema tradicional aún no acondicionado a un alto costo. ⁶

De entre todas las demandas y necesidades de salud de los ancianos, las relacionadas con la salud mental, entre ellos, los trastornos afectivos, como la depresión, adquieren un especial interés por el incremento en la demanda de los servicios de salud, los servicios sociales y con el detrimento en la calidad de vida, así como también por la frecuente subestimación y baja frecuencia de diagnóstico de estos padecimientos en la población anciana. ⁷

Más de 150 millones de personas en el mundo sufren depresión en algún momento de su vida. En el año 2001 la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8% para hombres y de 9.5% en mujeres. La Organización Mundial de la Salud, estima que depresión afecta a un 7% de la población de ancianos en general y que la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años. En México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores como causa de muerte prematura y días vividos con incapacidad. La depresión se encuentra entre los 4 padecimientos más discapacitantes junto con esquizofrenia, alcoholismo y trastorno de obsesión-compulsión. De acuerdo con los datos de la encuesta nacional de evaluación de desempeño 2002-2003 (ENED) en un periodo anual previo a la entrevista, se encontró que la prevalencia de depresión se incrementa con la edad en ambos sexos. Por grupo de edad en las mujeres menores de 40 años fue de 4% y alcanzó una cifra de 9.5 entre las mujeres mayores de 60 años. En los hombres la prevalencia por grupo de edad fue de 1.6% y 5% respectivamente. ⁸

La incidencia de depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la valoración de consulta externa. Se presenta en el 10% de los ancianos que viven en la comunidad y en el 40% de los que presentan múltiples enfermedades o co-mórbidos. ⁹

Existen diversos cambios y problemas biológico-fisiológicos propios del envejecimiento, que predisponen a la depresión, cambios anatómicos cerebrales, neuro-bioquímicos, cardiovasculares y alteraciones psicológicas, generalmente, por diversas pérdidas como el

cese de la actividad productiva, pérdidas económicas o laborales, separación de los hijos, la muerte del cónyuge y de los padres, cambio involuntario de residencia, pérdida de la salud; en general, el sentimiento de bienestar. Condicionan la presencia de un deterioro cognoscitivo, que afecta con mayor frecuencia además de la memoria, las funciones ejecutivas, generando discapacidad; es así, que puede mostrar una tendencia a la cronicidad y en ocasiones, la depresión puede ser la antesala de un síndrome demencial progresivo o estático, sin lograr la remisión total. ^{10,11}

Hasta el momento, la etiología es considerada como multifactorial, o algunos autores lo llaman combinación de causas. Los factores de vulnerabilidad para depresión, pueden ser circunstancias vitales particulares de un individuo, o corresponder a algunas características generales de la sociedad.

En este estudio se hará referencia a las que a continuación se describen. ¹²

Edad: Aunque existen estudios que señalan que la depresión parece ser más importante en términos numéricos entre los ancianos más viejos, existen muchos otros que señalan cifras similares de depresión entre ancianos mayores de 75 años y aquellos entre 65 y 74 años. Muchos otros señalan que a mayor edad, mayor riesgo de padecerla. ¹³

Género: La depresión es dos veces más común en mujeres que en hombres. Existen elementos biológicos –como el propio ciclo de vida– o factores hormonales y psicosociales que son únicos de la mujer, y ello puede estar relacionado con que las tasas de depresión sean más elevadas en ellas. Se sabe que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo.

Durante el climaterio hasta la menopausia, algunas mujeres experimentan un mayor riesgo de sufrir depresión. Además, muchas enfrentan el estrés adicional del trabajo y de las responsabilidades del hogar, el cuidado de hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza y tensión en sus relaciones de pareja. ¹⁴

Estado Civil: Los ancianos solteros presentan una prevalencia mayor que los que se encuentran casados. En ambos grupos la mujer representa el mayor porcentaje de incidencia.

Esto se explica por la influencia de diversos factores psicosociales en la expresión o desarrollo de la enfermedad. El divorcio no es un evento tan común en esta población. El fallecimiento del cónyuge en esta etapa de la vida, conlleva a que el anciano carezca de la compañía que más le satisface en términos de comprensión, afecto y comunicación, lo que constituye un factor desencadenante para vivenciar un estado depresivo. En el anciano deprimido la soledad es uno de los enemigos más peligrosos para el desencadenamiento de la conducta suicida.¹⁵

Escolaridad: Es uno de los elementos que fundamentan la variabilidad individual de reserva cognitiva y, por ende, el bienestar cognitivo. La teoría de la reserva cognitiva supone que hay una relación directa entre la severidad de una patología neuropsiquiátrica y el efecto que esta ocasiona en el funcionamiento cognitivo, de tal forma que una persona con mayor reserva cognitiva será capaz de resistir una patología más severa antes de que su desempeño cognitivo sea afectado. Diferentes investigaciones se han enfocado en analizar si existe una relación inversamente proporcional entre el grado de estudios de una persona con la probabilidad de padecer depresión en la vejez, pero los resultados han sido muy variables, por lo tanto se desconoce si este factor influye de manera directa en la aparición de la enfermedad.¹⁶

Co-morbilidad: Existe evidencia científica en donde se vincula a la depresión con diversos problemas de salud. Estos incluyen diferentes trastornos psiquiátricos, como ansiedad, trastorno hipocondríaco, ingesta de alcohol, uso de psicofármacos como las benzodiazepinas; también se asocia a enfermedades endócrinas, reumáticas, cardiovasculares como cardiopatía isquémica, trastornos que afectan el sistema inmune, asma bronquial, dolor crónico y problemas gastrointestinales. En padecimientos crónicos degenerativos como la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial se presenta con mayor frecuencia. La medicación antihipertensiva puede inducir este desorden del estado de ánimo en gran parte de los pacientes, como es el caso de la metildopa y el propranolol. Muchas enfermedades crónicas se asocian a la depresión por el sufrimiento e invalidez que representan para el anciano.¹⁷

Polifarmacia: (Uso de 4 medicamentos o más). Los ancianos suelen consumir medicamentos para tratar sus enfermedades, indicados por su médico o automedicados, algunos de éstos pueden inducir depresión, deterioro en el funcionamiento social, así como agitación conductual. Algunos fármacos o combinaciones de ellos, ocasionan alteraciones físicas o mentales, al igual que alteraciones en el estado de ánimo, por ejemplo los corticoides, antiparkinsonianos y algunos antihipertensivos. En los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo, dificultan el tratamiento y favorecen las interacciones farmacológicas.¹⁸

Función Familiar: Se refiere a la manera en que la familia es vista por sus miembros en el cumplimiento de ese compromiso. Su estudio permite identificar las percepciones individuales de los valores de cada miembro, como recurso o soporte psicosocial. La forma en la que el individuo percibe la eficacia y la calidad de ese recurso, influenciará significativamente en su estado de salud. Una familia saludable es la que demuestra la integridad de esos componentes, por representar una unidad de sustentación y cuidado. Uno de los instrumentos más utilizados para esta medición es el *APGAR* familiar, que demuestra la capacidad de adaptación de la familia ante diversas situaciones. El anciano en situación de fragilidad, por su edad avanzada, requiere mayor protección, cuidado, solidaridad y afecto; sin embargo, no siempre son cumplidas dichas funciones dentro del marco familiar, el cual debe de representar un escenario de protección para esta población.¹⁹

Depresión: La guía de práctica clínica (GPC) de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo, define a la depresión como una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además en mayor o menor grado están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.²⁰

Según el DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) el diagnóstico de depresión mayor se efectúa con el hallazgo de:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes, los cuales han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida importante de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones.
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

- D. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

En los criterios del DSM 5 no se define en su totalidad la depresión en los ancianos, ya que la presentación de los síntomas difiere en varios aspectos de la que ocurre en sujetos más jóvenes.

Según varios autores la tristeza es uno de los síntomas menos comunes.

La presentación atípica es común, siendo frecuentemente sub-diagnóstica y/o sub-tratada, esto se debe a la creencia de que es parte normal del proceso de envejecimiento.^{21,22}

Algunas alternativas en la presentación del cuadro clínico son: insomnio, irritabilidad, agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, abatimiento funcional, disminución de la iniciativa y de la capacidad de resolución de problemas, deterioro del auto cuidado, abuso de alcohol y otras sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones, discordia marital. El impacto sobre el funcionamiento social y ocupacional, la colocan a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial y Artritis reumatoide.²³

Existen múltiples instrumentos de evaluación que facilitan la identificación de probables casos de episodio depresivo mayor; aunque ninguno de ellos sustituye la evaluación clínica cuidadosa que confirme el diagnóstico. Para facilitar la detección temprana de episodios depresivos en adultos mayores se diseñó la escala de Yesavage para Depresión Geriátrica de quince ítems (GDS-15), que se desarrolló a partir de la revisión de una escala previa de treinta ítems (GDS-30). Este instrumento considera las particularidades de presentación clínica del trastorno depresivo en adultos mayores. Hasta la fecha, la GDS-15 muestra valores aceptables de consistencia interna en pacientes hospitalizados o en los que asisten a consulta externa y una estructura factorial multidimensional que incluye todos los síntomas cognoscitivos relevantes de un episodio depresivo. Es una de las herramientas más útiles para hacer el diagnóstico de depresión en el adulto mayor, con una sensibilidad y especificidad del 97 y 85% respectivamente. La escala de GDS se considera positiva para depresión cuando 5 de las 15 preguntas son afirmativas.^{24,25,26}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es una enfermedad que genera un gran impacto en la morbilidad y mortalidad de la población en general, pero específicamente en los ancianos. Causa elevados costos en la atención médica e incapacidad entre quienes la padecen. En la consulta de primera vez, menos del 10% de los pacientes son diagnosticados, esto es debido a la presentación clínica atípica en la población geriátrica.

En México, existen pocos estudios representativos que permitan estimar la prevalencia de sintomatología depresiva entre la población de edad avanzada en la comunidad. Estimaciones preliminares permiten ubicar la prevalencia actual de depresión mayor en alrededor de 11%, con niveles más elevados para los grupos etarios mayores.

Se han realizado diversas investigaciones a fin de estimar la extensión y las características de los trastornos depresivos en México, empleando diversas estrategias metodológicas, dando resultados muy variables.

El diagnóstico temprano de depresión en el paciente anciano, es un reto para nosotros, médicos de primer contacto, encargados del paciente y su familia, por lo que es necesario, buscar sintomatología de forma intencionada, entre la población de riesgo, para mejorar la calidad de vida de los pacientes y ofrecerles alternativas de tratamiento.

¿Cuál es el perfil epidemiológico y la percepción de la funcionalidad familiar que se encuentra en el adulto mayor con síntomas de depresión?

JUSTIFICACION

En una revisión a nivel mundial, de la Guía de práctica clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención del año 2011, presenta que la depresión genera un gran impacto sobre el funcionamiento social y ocupacional y la recurrencia es alta alcanzando el 40%.

La Depresión contribuye a elevar la morbilidad y mortalidad además disminuye la calidad de vida de quienes la padecen. El suicidio es la consecuencia más seria y la tasa se duplica en las personas conforme aumenta la edad.

Debido a la alta prevalencia del subdiagnóstico de depresión, es primordial que los médicos de primer nivel, nos encontremos capacitados para identificar este trastorno y así otorgar tratamiento oportuno, evitar discapacidad y complicaciones asociadas.

Para fines de la salud pública, es necesario implementar medidas que tengan impacto en este grupo poblacional, que se hace cada vez más grande e importante a nivel mundial.

Una estrategia para lograr este objetivo, es determinar los factores que se asocian a la depresión en las diferentes poblaciones, ya que algunos de estos, dificultan la sospecha clínica y, por ende, el diagnóstico. Las manifestaciones atípicas, la confusión con síntomas de enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo, factores socioculturales, el género y la pertenencia a grupos étnicos son algunos ejemplos.

Tomar medidas efectivas y solventar en lo posible los factores modificables, alcanzar un mayor índice de diagnóstico e iniciar el tratamiento temprano de esta condición, son acciones que influirán en el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad, y establecerán una mejoría importante en la calidad de vida de esta población.

En este sentido, resulta fundamental el empleo de escalas de tamizaje para identificar posibles casos, con el consecuente inicio del tratamiento y limitación del daño.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores epidemiológicos que acompañan a la depresión del adulto mayor y medir el grado de funcionalidad familiar de acuerdo a su percepción.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar la prevalencia de depresión en ancianos.
- b) Identificar los factores socio-demográficos asociados en ancianos con depresión.
- c) Medir la percepción que tienen los ancianos con depresión, de su funcionalidad familiar.

METODOLOGIA

Diseño del estudio.

Estudio observacional, transversal y prospectivo.

Lugar o sitio del estudio.

Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del municipio de Juárez Nuevo León México.

Población de estudio.

La población de estudio comprende el universo de 5,266 derechohabientes mayores de 60 años adscritos a la UMF No. 20

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Criterios de inclusión.

- a) Pacientes mayores de 60 años de ambos sexos que acuden a la consulta diaria de medicina familiar.
- b) Pacientes que contesten SI a las 2 preguntas de escrutinio.

Criterios de exclusión.

- a) Pacientes mayores de 60 años ya diagnosticados con depresión.
- b) Pacientes con déficit mental por alguna enfermedad o deterioro cognitivo.
- c) Pacientes que no acepten participar en el estudio

Criterios de eliminación.

- a) Pacientes que comentan errores en el llenado de los cuestionarios.
- b) Pacientes que no alcancen el puntaje requerido para considerar positiva la escala de GDS-15

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tipo de muestra es aleatoria simple por cuota.; el tamaño se obtuvo mediante la fórmula para poblaciones finitas. Se tomó el porcentaje de prevalencia de depresión en el adulto mayor a nivel nacional, que es el 10%. Considerando un total de 135 y se agregaron 15 para disminuir el sesgo, obteniendo una muestra final de 150 sujetos.

VARIABLES A RECOLECTAR

| NOMBRE DE LA VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICIÓN | FUENTE DE INFORMACIÓN |
|----------------------------|------------------|---|--|----------------------------------|-----------------------|
| Edad | Dependiente | Tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio. | No. De años igual o mayor a 60 | Discreta de razón años cumplidos | cuestionario |
| Género | Dependiente | Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino. | 1.-Masculino 2.-Femenino | Nominal, dicotómica | cuestionario |
| Estado civil | Dependiente | Condición de la persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto al momento del estudio. | 1.-Soltero 2.-Casado 3.-Divorciado 3.-Viudo 4.-Separado 5.-Unión libre | Nominal politómica | cuestionario |
| Escolaridad | Dependiente | Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional | 1.-Analfabeta 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.Preparatoria 5.-Técnica 6.Licenciatura. | Nominal politómica | cuestionario |
| Comorbilidad | Dependiente | Presencia de uno o más trastornos (enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario | 1.-Presente 2.-Ausente | Nominal, dicotómica | cuestionario |
| Existencia de polifarmacia | Dependiente | De acuerdo con la OMS se define | 1.-Presente 2.-Ausente | Nominal, dicotómica | cuestionario |

| | | | | | |
|------------------------|---------------|---|--------------------------------|---|--|
| | | polifarmacia como el uso concomitante de 3 o más medicamentos | | | |
| Funcionalidad familiar | Dependiente | Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. | 1.-Funcional 2.Disfuncional | Cualitativa Ordinal, dicotómica Familia normofuncional de 7 a 10 puntos. Moderadamente disfuncional de 4 a 6 puntos. Gravemente disfuncional de 0 a 3 puntos | Instrumento APGAR Familiar |
| Adulto mayor deprimido | Independiente | Aquella persona que cuente con 60 años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional con depresión | 1.- Si 2.- No | Cualitativa Nominal Dicotómica 15 preguntas con respuestas concretas: sí o no. El punto de corte son 5 respuestas positivas para depresión. | Instrumento Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica de quince ítems (GDS-15) |

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

PLAN DE ANÁLISIS.

Mediante la entrevista, se hizo un interrogatorio directo, dirigido e intencionado.

Para aplicar el instrumento de medición, se efectuaron 2 preguntas, consideradas como claves de escrutinio, las cuales tienen una sensibilidad del 97% y una especificidad del 67%.

1. ¿Durante el mes pasado, se ha sentido deprimido o sin esperanza?
2. ¿Durante el mes pasado, se ha sentido con poco interés o placer en hacer sus cosas?)

A los que contestaron afirmativamente se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage de 15 reactivos, herramienta más útil para hacer el diagnóstico de depresión en el adulto mayor, con una sensibilidad y especificidad del 97 y 85% respectivamente. La escala de GDS se considera positiva para depresión cuando 5 de las 15 preguntas son afirmativas.

Previa selección de la muestra mediante aleatorización simple por cuota, se aplicó el cuestionario que consisten en preguntas abiertas que incluyen la ficha de identificación: Nombre, No. de seguridad social y las preguntas sociodemográficas que incluyen: edad, género, estado civil, escolaridad, comorbilidad, existencia de polifarmacia. Seguido de los instrumentos: Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage de 15 reactivos y el APGAR familiar.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Las variables descriptivas de frecuencia se analizaron con el paquete estadístico de EPI INFO, para obtener frecuencias y proporciones de las variables sociodemográficas, además de obtener relación de las variables con el grado de funcionalidad familiar mediante una prueba de diferencia de proporciones con una p significativa de $<0,05$

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.

El instrumento de trabajo consta de 4 secciones, en la primera se encuentran las 2 preguntas de escrutinio, la segunda consta del llenado de la ficha de identificación con los puntos anteriormente mencionados, la tercera es la GDS de Yesavage que consta de 15 preguntas que se responderán marcando en el cuadro correspondiente SI o NO y la cuarta es el instrumento para medición de la funcionalidad familiar, APGAR, que consiste en 5 preguntas con respuestas de opción múltiple.

Esta encuesta se validó en constructo por prueba piloto aplicada a 10 pacientes mayores de 60 años en la UMF No 28 que cumplieron con los criterios de selección y en contenido por el Dr. Jesús Eliud Garza Montemayor psiquiatra y Dra. María Elena Gómez Médico familiar.

CONSIDERACIONES ETICAS

Este protocolo de investigación se someterá a evaluación del comité de ética que le sea asignado. Se ajusta a las normas éticas institucionales en materia de investigación científica, a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, y así como la Declaración de Helsinki.

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Capítulo II, Artículo 1, categoría II: estudios prospectivos que emplean registro de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, representa un riesgo mínimo para el paciente participante.

Se requirió de carta de consentimiento informado asegurándose la confidencialidad de los datos y el anonimato de los sujetos de estudio; esto en apego al capítulo 1, fracción V de la Ley General de Salud (1987) de investigación que establece:

Artículo 13, se respetará la dignidad y bienestar de los participantes, garantizando su anonimato y la libertad de retirarse en el momento deseado.

Artículo 21, los sujetos del estudio se les solicitará su participación voluntaria previo informe de los objetivos del estudio, así como los procedimientos a realizar.

Se realizará hasta que se haya aprobado por el comité local de investigación. Dentro de las implicaciones éticas, además de ser evaluado por el comité correspondiente:

1. Garantizará la voluntariedad en la participación de la investigación.
2. Resguardará el anonimato y la confidencialidad de los datos.
3. Solicitará el consentimiento informado y las autorizaciones pertinentes a quien corresponda. (Anexos).

RESULTADOS

En éste estudio se aplicaron 150 encuestas. Se demostró que el 86 % de los participantes (129) obtuvieron un puntaje positivo para Depresión por lo que sólo se trabajó exclusivamente con este último grupo. (Figura 1)

Figura 1. Paciente con GSD 15 positiva.



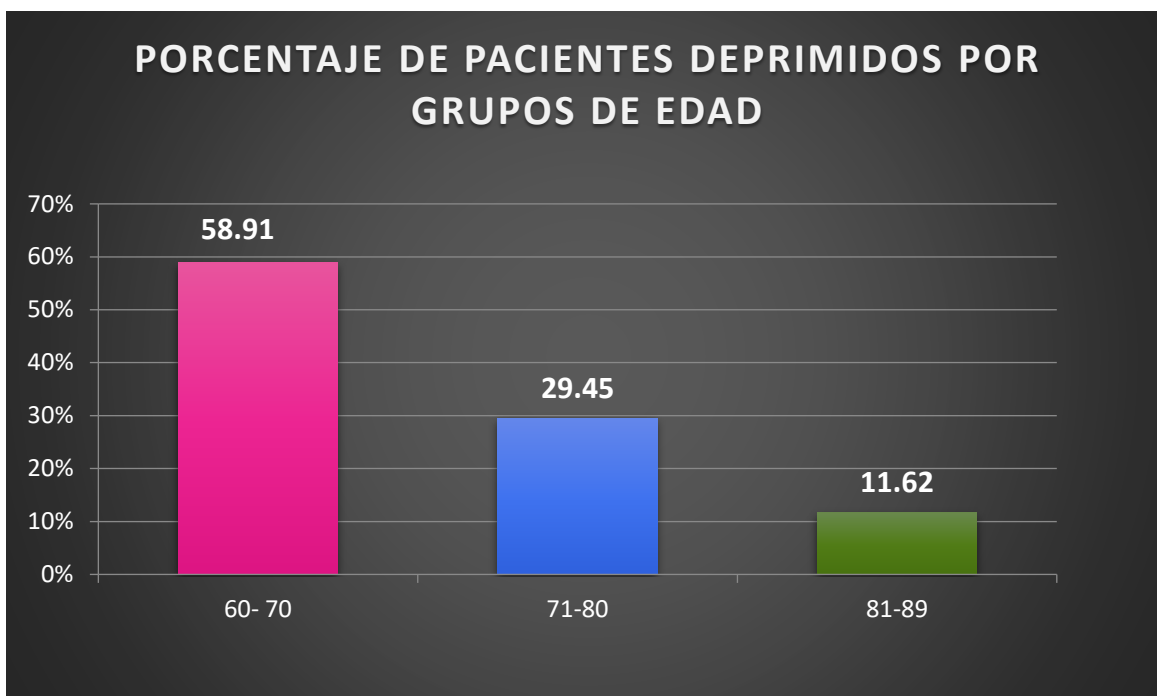
Obteniendo la siguiente información, donde se incluye el perfil epidemiológico de los pacientes con depresión según la escala GDS 15. (Tabla 1)

Tabla 1. Factores epidemiológicos de pacientes con depresión

| CARÁCTERÍSTICAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE % |
|-----------------------------|------------|--------------|
| EDAD | Media 69 | |
| GÉNERO | | |
| • Masculino | 57 | 44.19 % |
| • Femenino | 72 | 55.81 % |
| ESTADO CIVIL | | |
| • Con pareja | 91 | 70.54 % |
| • Sin pareja | 38 | 29.45 % |
| GRADO DE ESCOLARIDAD | | |
| • Analfabeta | 28 | 21.71 % |
| • Primaria | 81 | 62.79 % |
| • Secundaria | 10 | 7.75 % |
| • Preparatoria | 7 | 5.43% |
| • Técnica | 3 | 2.33 % |

La media de edad encontrada fue de 69.6 años con un rango de 60 a 89 años. Se dividieron por grupos de edad; de 60 a 70 años se encontró un 58.91% (76 personas), de 71 a 80 años el 29.45 % (38 personas), de 81 a 90 años el 11.62% (15 personas). (Figura 2)

Figura 2. Depresión por grupos de edad.



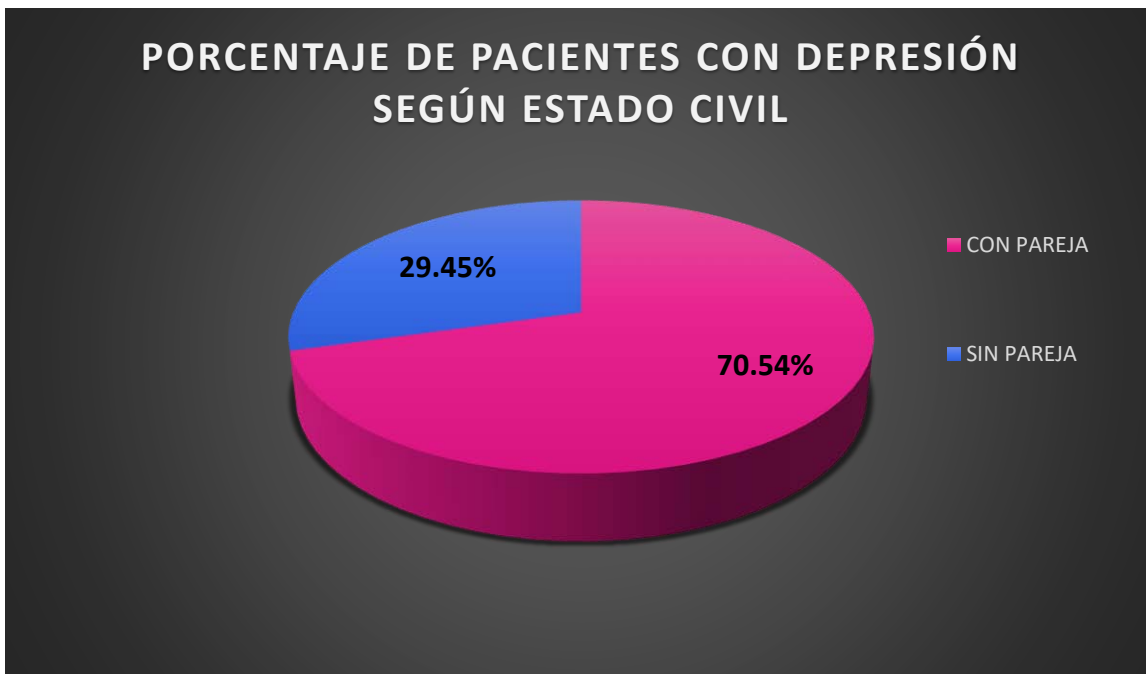
En relación al género el 55.81% (72 pacientes) del grupo en estudio fueron mujeres y 44.19% hombres (57 pacientes). (Figura 3)

Figura 3. Porcentaje de pacientes depresivos según el género.



Predominan los pacientes con pareja con un total de 70.54% (91); el 29.45% (38 restantes) no tienen pareja estable. (Figura 4)

Figura 4. Porcentaje de Depresión según el estado civil



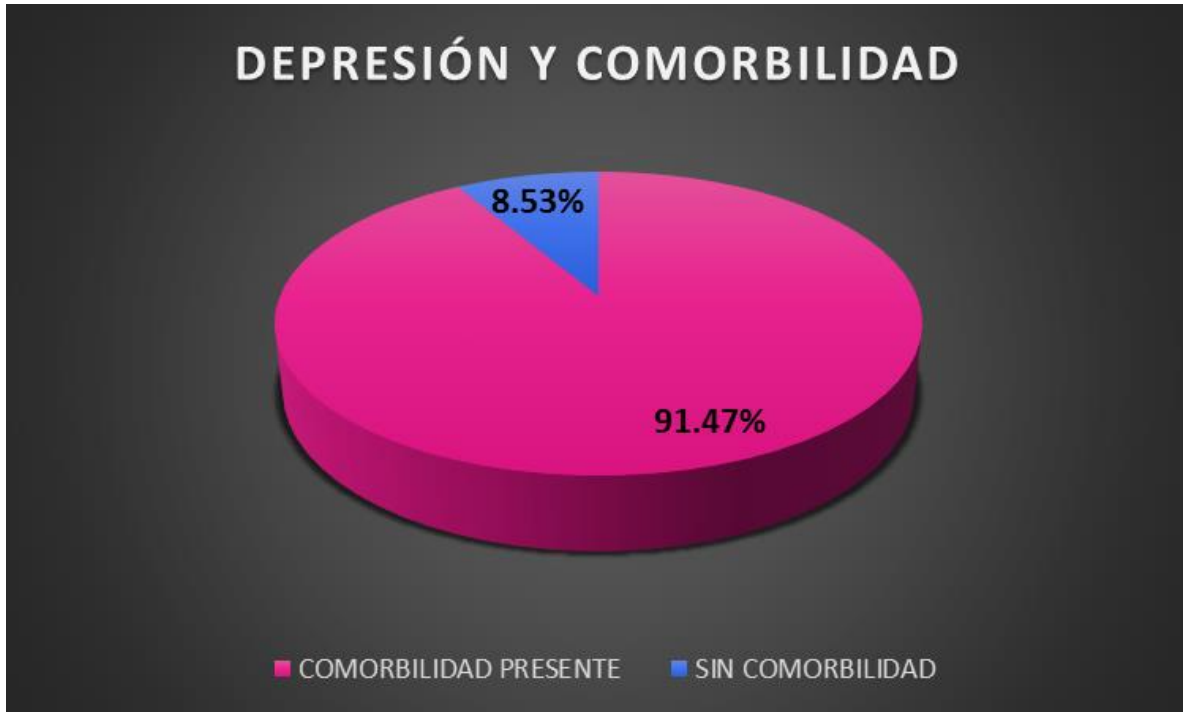
Con relación a la prevalencia de pacientes con Depresión, según el grado de escolaridad alcanzado, se obtuvieron los siguientes datos: (Figura 5)

Figura 5. Depresión según la escolaridad.



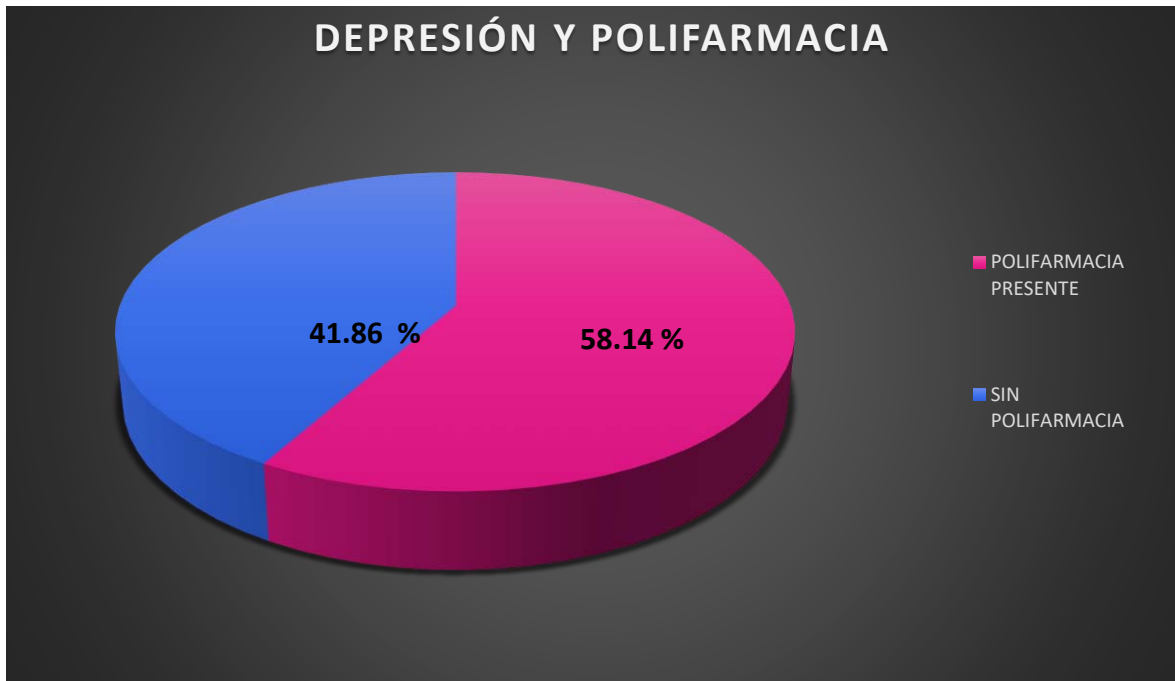
Porcentaje de pacientes con GDS15 positivo, que presentaba co-morbididades fue de 91.47%, y sin co-morbididades asociadas se obtuvo el 8.53%. (Figura 6)

Figura 6. Depresión y otras comorbilidades.



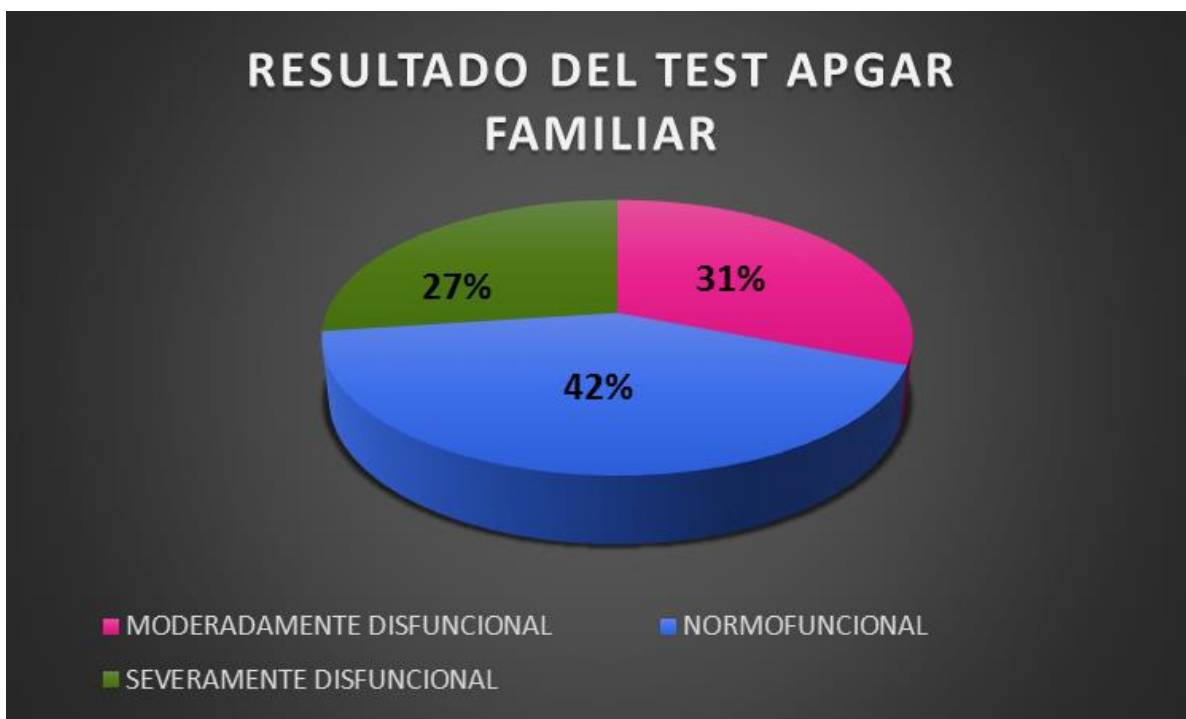
En cuanto a polifarmacia asociada a Depresión, se encontraron los siguientes resultados: el 58.14% (75) tomaba más de 3 diferente medicamentos al día. (Figura 8)

Figura 8. Depresión y Polifarmacia



En el resultado de la Escala de APGAR familiar del total de pacientes positivos para Depresión, se encontró que solo el 31% presentaban una disfuncionalidad moderada. (Figura 9)

Figura 9. Test de Apgar Familiar en ancianos con Depresión



DISCUSIÓN.

Se encuestó al 10% de la población que acudió a la consulta durante los meses de enero y febrero del 2016, un total de 1,572 ancianos, que fueron los meses en que se aplicaron las 150 encuestas. La prevalencia encontrada en este estudio fue de 86%, lo cual coincide con la reportada por Pérez Martínez del 64.8% , en el año 2008 ("Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor" en La Habana, Cuba), pero en nuestro estudio se encuentran 20 puntos porcentuales más. Esto nos confirma que si se busca intencionadamente la enfermedad entre esta población de riesgo, aumenta considerablemente el porcentaje de diagnóstico para la misma, aumentando la prevalencia de ésta enfermedad.

Respecto a la literatura revisada a nivel nacional, la Depresión se presenta con mayor frecuencia en las mujeres y en quienes tienen mayor edad. Gómez Fera reportó en su estudio "La depresión en ancianos. Su coexistencia con factores estresantes, enfermedades somáticas y discapacidades" realizado en Sevilla en el año del 2002, que un 77.3% de mujeres ancianas estaban deprimidas. Nuestro estudio reporta también, una mayor porcentaje ligeramente superior de la enfermedad, en pacientes en el género femenino (55.81%).

La frecuencia por grupo de edad fue más elevada en los menos longevos, el grupo de 60 a 70, representó al 59% de los ancianos deprimidos; esto es similar a lo encontrado por Pérez Martínez en La Habana, el grupo de 60 a 69 años representaron el 48.3 %. Esto puede explicarse por la falta de adaptación a su reciente jubilación y a la ausencia de un rol social específico, además de la esperanza de vida actual a nivel nacional de 77 años, esperando un mayor porcentaje de personas en edades previas.

Pérez Martínez también reportó que en el 82.6% de los ancianos que participaron en su investigación, y en quienes se establecía el diagnóstico de depresión contaban simultáneamente con otras enfermedades. En nuestra población estudiada, el 91.47 % padecía enfermedades crónicas asociadas. Lo cual es superior a lo reportado en la literatura, y entre las enfermedades presentes de los encuestados se encontraban: Diabetes, Hipertensión Arterial y Osteoartrosis Degenerativa.

Con relación al estado civil, Hernández-Zamora, demuestra que los viudos se encuentran con mayor porcentaje de Depresión (52.5%), seguidos de los casados (32.5%) a diferencia de nuestro estudio en donde los casados fueron mayoría (66.67%) y presentaban depresión.

Esto se puede explicar por la carga emocional y física que representa el cuidado del conyugue enfermo o con cierta discapacidad. Zavala-González en su estudio sobre Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos, reportó, que el 49% del grupo estudiado, percibió algún grado de disfunción familiar, nuestra investigación encontró una cifra más elevada, un total de 60% de pacientes con disfunción moderada a severa. ^{7, 12, 27, 31}.

CONCLUSIONES

Al estudiar las principales características socio-demográficas que acompañan al paciente adulto mayor con síntomas de Depresión, nos damos cuenta de la importancia que tiene la percepción del paciente hacia la integración, comunicación y el apoyo que recibe por parte de su familia. Además de que existen factores protectores para la aparición de este trastorno psicológico, como el hecho de tener una pareja y de encontrarse con un estado de salud perfecto.

Sin duda uno de los principales factores que desencadenan dichos síntomas en estos pacientes, son las múltiples enfermedades y las consecuencias de las mismas, que en muchas ocasiones los imposibilitan para valerse por sí mismos.

Al identificar los factores epidemiológicos asociados a la población de estudio, nos deja un gran precedente para complementar la información adquirida y poder trabajar de una forma integral y oportuna con esta población cautiva.

El impacto esperado con este estudio, recae en el conocimiento y a la búsqueda intencionada de los principales signos y síntomas que se manifiestan en etapa temprana de la enfermedad, para así reducir en gran porcentaje el número de consultas y por lo tanto los costos en la atención médica.

Al identificar los factores de riesgo con los que se asocia dicho padecimiento, se podrá trabajar en programas o grupos de apoyo para pacientes susceptibles y prevenir la aparición de la Depresión y sus consecuencias. Esto puede incluir, desde agregar una nota en el expediente clínico para posterior seguimiento del paciente, la solicitud de nuevas entrevistas para conocer las redes de apoyo con los que cuentan nuestros pacientes y sus principales factores protectores, el inicio de alguna forma de tratamiento específico, así como la referencia a alguna otra instancia de diagnóstico y/o tratamiento.

Debido al tamaño de la muestra, los resultados no fueron concluyentes para realizar una asociación directa entre los factores sociodemográficos estudiados y la Depresión en los ancianos, sin embargo, puede quedar en perspectiva para estudios posteriores.

FACTIBILIDAD

Esta investigación no representó un alto costo a nivel económico, únicamente se gastó en el material para realizar las 150 encuestas que se aplicaron.

Se requirió del apoyo de personal de trabajo social y de 2 asistentes médicas para la aplicación de los cuestionarios durante los meses de enero y febrero del 2016. Estas fueron aplicadas durante el horario de trabajo, que comprende de las 13 a las 20:30 horas, a los pacientes que cumplieron con los criterios de selección antes descritos y que acudieron a la consulta externa. Se aplicaron en la sala de espera mientras esperaban su turno para la atención médica solicitada.

Esta encuesta tuvo una duración menor de 10 minutos y fue diseñada de una forma muy clara y concisa por lo que no fue de mucha dificultad para el encuestado.

RECURSOS

HUMANOS

- Investigador principal
- Asesor metodológico
- Asesor teórico
- 2 asistentes médicas
- Trabajadora social

FÍSICOS

- Sala de espera
- Cuestionarios

- Lápices
- Hojas de maquina
- Computadora
- Impresora

FINANCIEROS

- Serán proporcionados por el investigador principal

| Concepto | Unidad de medida | Precio unitario | Cantidad requerida | Costo | Inst. IMSS | Agencia externa |
|---------------------------|------------------|-----------------|--------------------|----------|------------|-----------------|
| COMPUTADORA | ----- | \$10,000 | 1 | \$10,000 | ----- | |
| IMPRESORA CON TONER | ----- | \$3000 | 1 | \$3000 | ----- | |
| PAPEL DE MAQUINA | ----- | \$250 | 3 | \$750 | ----- | |

CRONOGRAMA

| ACTIVIDAD | 2015 | | | | | | | | | | | |
|--|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------|-----|-----|-----|
| | 2016 | | | | | | | | | | | |
| Meses | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPT | OCT | NOV | DIC |
| Elaboración de protocolo | | | X | X | X | X | X | | | | | |
| Registro del protocolo ante el Comité de Investigación | | | | | | | | X | | | | |
| Capacitación del encuestador | | | | | | | | | | | | X |
| Recolección de información | X | X | | | | | | | | | | |
| Captura de datos | | | X | X | | | | | | | | |
| Análisis de datos | | | | | X | | | | | | | |
| Interpretación de resultados | | | | | X | X | | | | | | |
| Formulación de reporte | | | | | | | X | X | | | | |
| Redacción de tesis | | | | | | | | | | | | |

15. BIBLIOGRAFIA

- 1) Campos Zamora M, Hernández Cuéllar CX, Sotolongo García Y, Oliva Sánchez R. La depresión en el adulto mayor. Algunas consideraciones para su diagnóstico en la atención primaria. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2008; 30(5).
- 2) SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010.
- 3) Giacomani C, Funes D, Guzmán L, Montiel T. Depresión y escolaridad en adultos mayores. ISSN. 2011; Año 1(Núm. 2).
- 4) Pérez Cruz E, Lizárraga Sánchez D, Martínez Esteves MR. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. Nutr Hosp. 2014; 29 (4):901-906.
- 5) Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud, 2011.
- 6) Cortés AR, Villarreal E, Galicia L, Martínez L, Vargas ER. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev Med Chile. 2011; 139: 725-731.
- 7) Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Gallo J, Wagner F, García-Peña C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Salud Mental. 2012; 35(1): 71-77.
- 8) Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo. México; Secretaría de Salud, 2009. GPC IMSS-191-09
- 9) Op.Cit. GPC IMSS-194-10
- 10) Durán-Badillo T, Aguilar MR, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Enfermería Universitaria. 2013; 10(2): 36-42.
- 11) Guía para El Tratamiento De Las Personas Con Depresión. México: Asociación Psiquiátrica De América Latina, 2008
- 12) Aldana Olarte R, Pedraza Marín JA. Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010. Universidad del Rosario universidad CES; 2010.
- 13) García-Peña C, Juárez Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Durán-Muñoz C, Sánchez-García S. Depresión en el anciano: una perspectiva general. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Área Envejecimiento. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social: 209-233

- 14) Douglas CN. Depresión en el adulto mayor. INSTITUTO DE GERIATRÍA: 239-248.
- 15) Pérez Martínez V, Arcia Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. La Habana, Cuba. 2008
- 16) Op. Cit. Giacoman
- 17) Op.Cit. Pérez
- 18) Op. Cit. Campos

- 19) Takase Gonçalves LH, Méndez Costa MA, Martins MM, Modesto Nassar S, Zunino R. La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(3): [09pantallas]
- 20) GPC IMSS-191-09
- 21) Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- 22) Goldman H. Psiquiatría General. 5° ed. México DF: Manual Moderno; 2001
- 23) Op.Cit. GPC IMSS-194-10
- 24) Cortés AR, Villarreal E, Galicia L, Martínez L, Vargas E. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev Med Chile 2011; 139: 725-731
- 25) Campo-Arias A, Urruchurtu Mendoza Y, Solano Morales T, Vergara Pino AJ, Cogollo Z. Consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructo de la Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15) en Cartagena (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2008; 24 (1): 1-9.
- 26) Salinas-Rodríguez A, Marique.Espiroza B, Acosta-Castillo GI. Franco-Núñez A, Rosas-Carrasco O, Gutiérrez-Robledo LM, Sosa-Ortiz AL. Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores mexicanos. Salud Pública Mex. 2014; 56: 279-285.
- 27) Hernández Zamora ZE, Vásquez Espinosa JM, Ramo Mendoza A. Depresión en adultos mayores hospitalizados. Una propuesta integral de intervención del psicólogo. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. 2012; 3(1): 1-27.
- 28) Gabarrón Hortala E, Vidal Royob JM, Haro Abada JM, Boix Sorianob I, Jover Blancab A, Arenas Prاتب M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. Aten Primaria 2002; 29 (6): 329-337.

- 29) Juárez MJ, León FA , Alata Linares V. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” – La Molina, Lima-Perú. Rev Horiz Med 2012; 12(2): 28-31.
- 30) Gómez-Feria I. La depresión en ancianos. Su coexistencia con factores estresantes, enfermedades somáticas y discapacidades. Psiq Biol 2002; 9(1): 13-7

16. ANEXOS

- ENCUESTA CON LAS PREGUNTAS DE ESCRUTINIO, FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y FACTORES DEMOGRÁFICOS A ESTUDIAR
- INSTRUMENTOS
- CONSENTIMIENTO INFORMADO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL NUEVO LEON**



**JEFATURA DE SERVICIOS MÉDICOS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE
INVESTIGACION MÉDICA**

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR
PROTOCOLO DE INVESTIGACION**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN EL ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN.**

| | |
|---|---|
| <p>1. ¿Durante el mes pasado, se ha sentido deprimido o sin esperanza?</p> <p>2. ¿Durante el mes pasado, se ha sentido con poco interés o placer en hacer sus cosas?)</p> | <p>R = SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>R = SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> |
| Nombre | |
| No de seguridad social | |
| Edad | |
| Sexo | <p align="center"><input type="checkbox"/> 1.- Masculino <input type="checkbox"/> 2.-Femenino</p> |
| Estado civil | |

| | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> 1.-Soltero <input type="checkbox"/> 2.-Casado <input type="checkbox"/> 3.- Divorciado <input type="checkbox"/> 4.- Viudo <input type="checkbox"/> 5.-Separado <input type="checkbox"/> 6.-unión libre |
| Grado de escolaridad | <input type="checkbox"/> 1.- Analfabeta <input type="checkbox"/> 2.- Primaria <input type="checkbox"/> 3.- Secundaria <input type="checkbox"/> 4.- Preparatoria <input type="checkbox"/> 5.- Técnica <input type="checkbox"/> 6 .- Licenciatura |
| Enfermedades que padece | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| Toma más de 3 diferentes tipos de medicamentos diariamente (mencione cuales) | <input type="checkbox"/> 1.- SI <input type="checkbox"/> 2.- NO <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (GDS-15) YESAVAGE | |
| 1.- ¿ESTA USTED SATISFECHO CON SU VIDA? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

| | | |
|--|----|----|
| 2.-¿HA ABANDODANO USTED MUCHOS INTERESES Y ACTIVIDADES? | SI | NO |
| 3.- ¿SE SIENTE USTED QUE SU VIDA ESTA VACÍA? | SI | NO |
| 4.- ¿SE SIENTE USTED FRECUENTEMENTE ABURRIDO? | SI | NO |
| 5.- ¿ESTA USTED DE BUEN HUMOR LA MAYORÍA DEL TIEMPO? | SI | NO |
| 6.- ¿TIENE MIEDO A QUE LE VAYA A PASAR ALGO MALO? | SI | NO |
| 7.- ¿SE SIENTE USTED FELIZ LA MAYORÍA DEL TIEMPO? | SI | NO |
| 8.- ¿SE SIENTE USTED A MENUDO IMPOTENTE? | SI | NO |
| 9.- ¿PREFIERE USTED QUEDARSE EN EL DORMITORIO EN VEZ DE SALIR? | SI | NO |
| 10.- ¿CREE QUE TIENE MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LOS DEMÁS? | SI | NO |
| 11.- ¿CREE USTED QUE ES MARAVILLOSO ESTAR VIVIENDO? | SI | NO |
| 12.- ¿ES DIFICIL PARA USTED EMPEZAR PROYECTOS NUEVOS? | SI | NO |
| 13.- ¿ SE SIENTE USTED LLENO DE ENERGÍA? | SI | NO |
| 14.- ¿ SE SIENTE USTED SIN ESPERANZAS? | SI | NO |
| 15.- ¿CREE QUE LOS DEMÁS TIENEN MÁS SUERTE QUE USTED? | SI | NO |
| TOTAL (PUNTO DE CORTE 5 RESPUESTAS) | | |

| APGAR FAMILIAR | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|--|
| PREGUNTAS | CASI NUNCA (0 PUNTOS) | A VECES (1 PUNTO) | CASI SIEMPRE (2 PUNTOS) |
| ¿ESTA SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBE DE SU FAMILIA? | | | |
| ¿DISCUTEN ENTRE USTEDES LOS PROBLEMAS QUE TIENEN EN CASA? | | | |
| ¿LAS DECISIONES IMPORTANTES SE TOMAN EN CONJUNTO? | | | |
| ¿ESTÁ SATISFECHO CON EL TIEMPO QUE SU FAMILIA Y USTED PERMANECEN JUNTOS? | | | |
| ¿SIENTE QUE SU FAMILIA LO QUIERE? | | | |
| TOTAL | | | |

| CATEGORIZACIÓN | PUNTAJE | PUNTAJE OBTENIDO |
|---|----------------|-------------------------|
| FAMILIAS NORMOFUNCIONALES | 7 A 10 PUNTOS | _____ |
| FAMILIAS MODERADAMENTE DISFUNCIONALES | 4 A 6 PUNTOS | |
| FAMILIAS GRAVEMENTE DISFUNCIONALES | 0 A 3 PUNTOS | |



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20
JUAREZ, NUEVO LEÓN
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|--|---|
| Nombre del estudio: | Perfil epidemiológico y funcionalidad familiar en adultos mayores de 60 años en la UMF No. 20 de Juárez, Nuevo León |
| Patrocinador externo (si aplica): | |
| Nombre del participante: | |
| Lugar y fecha: | |
| Número de registro: | |
| Justificación y objetivo del estudio: | Identificar la prevalencia de depresión en ésta población |
| Procedimientos: | Llenado de encuestas |
| Posibles riesgos y molestias: | |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | |
| Participación o retiro: | |
| Privacidad y confidencialidad: | |
| En caso de colección de material biológico (si aplica): | |
| <input type="checkbox"/> | No autoriza que se tome la muestra. |
| <input type="checkbox"/> | Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. |
| <input type="checkbox"/> | 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: | |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | |
| Investigador Responsable: | Dra. Rocío Karina Gámez Cabrera |
| Colaboradores: | |

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

Clave: 2810-009-013

