



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARÍA DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR QUE
ACUDE A CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 56**

T E S I S

Tesis para optar por el grado de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Silvia Aida Badillo Luevano

ASESOR:

Dr. José María Cardona Orozco

ASESOR METODOLÓGICO:

Dra. Isis Claudia Solorio Páez



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **802** con número de registro **13 CI 08 037 150** ante COFEPRIS
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA **19/09/2016**

DR. SILVIA AIDA BADILLO LUEVANO

P R E S E N T E

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

PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 56

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

Núm. de Registro
R-2016-802-49

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRES JUAREZ AHUMADA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Prevalencia de la depresión en el adulto mayor que acude a consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 56

Dr. Humberto Campos Favela

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional
Delegación Chihuahua

Vo.Bo.

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Delegación Chihuahua

Vo.Bo.

Dra. Cindy Gabriela Llerena García

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar Para Médicos
Generales De Base

Vo.Bo.

Prevalencia de la depresión en el adulto mayor que acude a consulta externa en la Unidad
de Medicina Familiar No. 56

ASESORES

Dr. José María Cardona Orozco
Director médico en U.M.F. No. 56

Vo.Bo.

Dra. Isis Claudia Solorio Paéz
MCSP Epidemiólogo operativa de la UMF No. 48

Vo.Bo.

Prevalencia de la depresión en el adulto mayor que acude a consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 56

Dr. Juan José Mazón Ramírez

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Vo.Bo.

Dr. Geovani López Ortíz

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Vo.Bo.

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Vo.Bo.

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la oportunidad de llegar hasta esta etapa de mi vida y de mi carrera y concederme llegar a su término.

A mi familia por su apoyo incondicional y comprensión durante estos tres años de estudio, por qué siempre estuvieron presentes cuando yo los necesitaba, y por el tiempo que no les dedique por estar estudiando, en especial a mi Esposo Víctor Armando Reyes Terrazas, por la paciencia que me tuvo estos tres años, a mi hija Sylvia Janeth Reyes Badillo que me ayudo tanto y fue mi gran apoyo y mi maestra de computación,

A mis padres que sé que desde el cielo me dieron las fuerzas necesarias cuando sentía desfallecer y por qué sé que están orgullosos de la hija que forjaron.

A los maestros por su tiempo y apoyo incondicional siempre, en especial a la Dra. Isis Solorio por su gran apoyo y todas sus enseñanzas, así como al Dr. José María Cardona Orozco les agradezco de todo corazón.

A mis amigos y compañeros durante la especialidad por compartir todos esos inolvidables y bellos momentos siempre los llevare en mi corazón, de verdad que si fuimos los cuatro fantásticos Karla Erika Limón Favela, Juan Bautista Brazón Caraballo y José Armando Armas Nava, Los quiero admiro y respeto.

ÍNDICE

I. RESUMEN	2
II. MARCO TEÓRICO.....	3
III. JUSTIFICACIÓN	18
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
V. OBJETIVOS.....	20
VI. HIPÓTESIS.....	21
VII. METODOLOGÍA.....	22
VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN	23
IX. OPERACIONALIZACIÓN Y VARIABLES	24
X. TAMAÑO DE LA MUESTRA	28
XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	29
XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
XIII. METODOLOGÍA OPERACIONAL	32
XIV. RESULTADOS	33
XV. DISCUSIÓN.....	34
XVI. CONCLUSIONES.....	36
XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
XVIII. TABLAS GRÁFICOS Y ANEXOS	41

I. RESUMEN

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 56

Dra. Silvia Aida Badillo Luevano, Dra. Isis Claudia Solorio Páez, Dr. José María Cardona Orozco.

En los últimos años se ha dado un aumento demográfico en la población de adultos mayores, siendo un problema de salud pública. Más del 80% de las personas mayores de 60 años tienen al menos un trastorno somático crónico. La depresión es uno de los trastornos afectivos más frecuente en el adulto mayor, entre los factores de riesgo asociados se encuentran los genéticos, psicológicos y sociales. **Objetivo:** determinar la prevalencia de la depresión en el adulto mayor que acudió a consulta externa en la unidad de medicina familiar número 56. **Material y Métodos:** Estudio observacional y transversal. Los pacientes fueron elegidos al azar de una muestra de 162 adultos mayores. Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 56 en Ciudad Juárez Chihuahua durante el período de enero a agosto del 2017. Se estudió prevalencia de depresión utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage, con el fin de determinar la prevalencia de la depresión y establecer la asociación de variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, educación, sexo, y ocupación). Se calcularon proporciones simples y relativas. Se calcularon los factores de riesgo mediante Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** Se estudiaron 162 adultos mayores donde 120 (74.1%) fueron mujeres y 132 (81.5%) tenían depresión. Las mujeres tienen 2.63 veces riesgo de tener depresión. Los pacientes mayores de 80 años tienen 3.38 veces riesgo de tener depresión. Los pacientes divorciados tienen 18.5 veces riesgo de tener depresión. **Conclusiones:** La depresión en adultos mayores está presente a partir de los 60 años, el factor de riesgo estado civil está asociado a la depresión; la escala de Yesavage es un instrumento sencillo que puede ser aplicado por lo menos cada 6 meses a los adultos mayores con el fin de evitar el subdiagnóstico de depresión y poder establecer intervenciones de tratamiento e inclusión al paciente en grupos de apoyo.

Palabras Clave: Depresión en el Adulto Mayor, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

II. MARCO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud las personas de 60-74 años de edad son consideradas de edad avanzada, de 75-90 años de edad son viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

De acuerdo a la Real Academia de la lengua Española define que la Senectud Se trata de la etapa que vive el ser humano tras la madurez ¹, mientras que el envejecimiento se define como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total.

Según cálculos de las Naciones Unidas en 1950 había alrededor de 200 millones de personas de 60 años de edad en todo el mundo. Para el año de 1975 su número había aumentado a 350 millones; las proyecciones demográficas para el año 2025 serán más de 1,100 millones de adultos mayores a lo que significa un aumento mundial de un 224 %.

1.1 Panorama Epidemiológico del envejecimiento

El envejecimiento de la población mexicana, se acelera significativamente en el presente siglo; en el año 2000 las personas de 60 años o más representaban 6.8 % de la población total del país y se espera una cifra de 28.0% en el año 2050.

La evidencia científica actual refiere que la población mayor de 60 años en ambos sexos aumentará como resultado de la transición demográfica mientras que en la población de menores de 60 años disminuirá hasta que la pirámide poblacional muestre una base invertida, proyectado que para el 2051 esta pirámide poblacional alcanzará la estabilidad si permanecieran invariables las condiciones demográficas previstas.²

1.2 Generalidades de depresión

La depresión se define como un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, siendo el rasgo común la presencia de desánimo, triste, vacío o irritable,

que va acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo.

La OMS prevé que para el año 2020 la depresión sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, afectando a 121 millones de personas alrededor del mundo algunos ejemplos son: En España la prevalencia es de entre 1 y 6 %. México es una de las naciones que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención de este padecimiento, entre los diversos factores se asocian con la reducida solicitud de ayuda tales como el estigma, los horarios de atención poco conveniente, las largas listas de espera para obtener una cita, el diferimiento de las consultas y el hecho de no contar con alguien que cuide a los hijos mientras se asiste a consulta.²⁻⁵ En nuestro medio la prevalencia de depresión varía según el nivel asistencial: en la residencia geriátrica se presentaron un 34%, en hospitalización un 24-26%, en atención primaria un 20-24%.

El rasgo principal del trastorno depresivo persistente es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, hasta por meses. Los pacientes describen su estado de ánimo como "triste o con el ánimo por los suelos", con una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico, además presentan significativo deterioro social, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento. La categoría del trastorno depresivo no especificado, se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (por ejemplo, en servicios de urgencias),³ más sin embargo en una simple consulta de control en medicina familiar, el paciente generalmente refiere ansiedad, desesperación, llanto fácil, irritabilidad, frustración, aislamiento inclusive mencionan que han tenido pensamientos de muerte.

El término depresión vital suele utilizarse para designar un tipo de depresión que no se explica por una causa de orden psicológico y su empleo se justifica recurriendo al argumento del efecto favorable que tiene los fármacos

antidepresivos en los pacientes que padecen ese tipo de trastorno. La depresión es un trastorno que concierne al yo en su relación con el ideal. El depresivo pierde la fuerza vital cuando se siente herido en su ideal del yo. No obstante mientras la depresión femenina resulta de una relación desafortunada con la madre, la depresión masculina es consecuencia de la debilidad psicológica de la figura paterna y de la prevalencia del modelo materno en términos de identificación. Es la depresión neurótica la falta de un soporte materno para la identificación edípica de la hija afecta la constitución ideal del yo y prepara la descompensación depresiva. Sin embargo aunque los fármacos antidepresivos aumenten los niveles de neurotransmisores casi inmediatamente, la depresión no se alivia hasta semanas después de haberse iniciado la terapia medicamentosa. Aumentar los niveles de serotonina en el cerebro desencadena un proceso que con el tiempo puede ayudar a muchas personas deprimidas a sentirse mejor, la psicoterapia de los trastornos depresivos adquiere especial relevancia si tenemos en cuenta que el 50% de los pacientes no responde a psicofarmacología. Roland Kuhn descubiertos los efectos antidepresivos de la imipramina. En la mayoría de las depresiones mayores, lo indicado es intervenir terapéuticamente.⁴

La depresión neurótica es un trastorno del humor que afecta la relación del yo con su ideal, aunque el desarrollo del conocimiento neurobiológico no es suficiente para explicar el origen de las identidades psiquiátricas, como la depresión, los fármacos si pueden influir sobre los síntomas de los pacientes, pero las depresiones resultan de una alteración de la autoestima con el contexto de los vínculos y los logros actuales. El desequilibrio que caracteriza las depresiones es consecuencia de la acción conjunta de la herencia.

Las condiciones histórico-sociales y la situación personal del paciente, ningún abordaje clínico terapéutico aislado puede enfrentar eficazmente depresión. La neurosis depresiva es atendida como un trastorno del estado de ánimo que comprende tanto la distimia como la depresión mayor no psicótica.

El sujeto deprimido se siente abatido por un sufrimiento, si el cambio del humor se corresponde con experiencias dolorosas que se padecen realmente solo será

considerado patológico si persiste por mucho tiempo o si no es proporcional al peso de las adversidades.⁴

La depresión se acompaña de alta morbilidad, altos costos socioeconómicos y secuelas tanto en las personas que la padecen como en sus familias es más frecuente en personas con enfermedades crónicas, la depresión es una enfermedad frecuente en los adultos mayores, muchos de ellos sufren múltiples enfermedades que los obligan a consumir gran cantidad de medicamentos lo que hace que tengan mayor probabilidad de no cumplir con los tratamientos farmacológicos.⁵ Como ya se mencionó, los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad afectan las funciones físicas mentales y sociales y asocian con mayor riesgo de muerte prematura.

1.3 Etiología y factores de Riesgo de depresión

La depresión o ansiedad también se encuentra ligada a variables tales como la viudez, la soltería y en el sexo femenino mismo que se incrementa paralelamente con la edad, siendo esta de moderada a severa en edades entre 75-85 años.⁶

Depresión y género: En la población mexicana entre las variables psicosociales, asociadas con la depresión destacan el ser mujer, dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar algún enfermo, tener un nivel socioeconómico bajo, estar desempleada, aislamiento social, tener problemas legales, tener experiencias violentas, consumir sustancias adictivas y la migración.

Depresión y funcionalidad familiar: los síntomas depresivos se asocian también a la presencia de disfunción familiar, bajo nivel educativo, soledad y dicha sintomatología describe sentimientos de y tristeza, pérdida de interés por la vida incomodidades físicas o malestar que impide disfrutar lo que anterior era placentero.

Duelo y depresión: la depresión relacionada con el duelo tiende a ocurrir en las personas vulnerables facilitando la recuperación mediante el tratamiento antidepresivo.

Depresión y abuso de sustancias: existe una asociación importante entre depresión y abuso de sustancias, medicamentos de prescripción médica y varias afecciones médicas.

Depresión y estado civil: contrario a lo que la literatura señala los adultos mayores casados o viudos tendieron a incrementar la depresión en comparación los divorciados, solteros o separados. Otro aspecto importante en los adultos mayores es el grado de aislamiento y el posible desarrollo de la depresión.

Depresión y Enfermedades físicas graves: la investigación demuestra que las personas con enfermedades físicas graves corren un mayor riesgo de padecer depresión⁷.

1.4 Asociación de envejecimiento y depresión

Sabemos de antemano que la depresión es uno de los retos que los profesionales de Atención Primaria tenemos que afrontar en cuanto al diagnóstico y manejo de la depresión en personas mayores.⁸

La prevalencia de depresión en el adultos mayores que viven en la comunidad está entre el 1 y el 5% sin embargo las investigaciones se encuentran cada vez más en la sintomatología depresiva debido a su relevancia clínica y a su asociaciones de una serie de factores de riesgo, la prevalencia de esta sintomatología oscila entre el 7 y el 49%. Los datos anteriormente señalados sugieren que la presencia de síntomas depresivos en ancianos de la comunidad es un problema serio, desafortunadamente solo el 20% de los casos se detectan o tratan.

La literatura demuestra que los individuos con historia previa de depresión tienen casi el doble de riesgo de desarrollar demencia que individuos sin historia de depresión, esta asociación es más fuerte cuando la depresión se padece ya en la tercera edad.⁹ Además, Organización Mundial de la Salud 2006 menciona que la depresión en ancianos no se diagnostica en fases tempranas.

La depresión es una de las patologías psiquiátricas más prevalentes en la población general, en la población anciana mayor de 65 años es el trastorno

psiquiátrico más frecuente a pesar de estar infra diagnosticada e infra tratada. La presencia en los síntomas depresivos de la vejez se asocia a una mayor incapacidad para realizar actividades de la vida diaria y peores índices de la calidad de vida con comorbilidad, mayor uso de medicamentos, mayor número de eventos estresantes de la vida, mayor mortalidad, peor salud auto percibido y menor soporte social percibido. Los índices de suicidio de ancianos relacionados con la presencia de síntomas depresivos también son altos. Conocer la prevalencia de riesgo de depresión, características principales y factor de vulnerabilidad geriátrica asociados. La aparición progresiva de procesos crónicos y degenerativos asociados al envejecimiento de la población, tiene como consecuencia el incremento de la morbilidad en relación a la aparición de alteraciones funcionales, nutricionales, afectivas, cognitivas, y sociales. Desde hace tiempo se sabe que uno de los retos que han de asumir los profesionales de Atención Primaria hacia la depresión en personas mayores es la dificultad en la detección y diagnóstico de la enfermedad. En Barcelona, se puso en marcha un estudio descriptivo entre los años 2009 y 2010 con el fin de determinar el estado de salud de las personas 75 años y más mediante una valoración geriátrica integral (VGI) se estudiaron 5 áreas médica, funcional, nutricional, cognitivo-afectiva y social.^{8,9}

Eventos de vida estresantes físicas también son citados como elementos que contribuyen para el desarrollo de la depresión en ancianos. Una muestra de adultos mayores participantes de la universidad abierta en la tercera edad de la Universidad Federal de Pernambuco identificaron en casi una cuarta parte de nuestros casos de depresión, lo que es considerado elevado en relación con los estudios internacionales realizados en las comunidades de ancianos. La muestra integro con 140 adultos mayores de 50 años ambos sexos reclutados en el primer semestre de 2009. Utilizando la escala de Yesavage considerada una medida válida y confiable. Además de la variable aquí estudiada, la depresión, el impacto positivo que la participación en programas socio educativos proporciona a los ancianos, con relación a la salud física y mental a sus actitudes y las relaciones sociales.¹⁰

Y es que a pesar de la existencia de criterios claros y un consenso sobre su manejo, el diagnóstico no es fácil dada su habitual presentación atípica y la visión cultural de la vejez como algo triste, sin embargo los hallazgos más ampliamente repetidos en la literatura de la salud mental es una mayor prevalencia de síntomas depresivos entre las mujeres ancianas que entre los varones.¹¹

La importancia de estudio es este binomio en los adultos mayores se destaca a que en esta población donde cobra la mayor importancia debido a la comorbilidad, la poli medicación, y la situación social de muchos de ellos (soledad, pérdida de autonomía, institucionalización). Su presencia disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades físicas (y con ello la hiperfrecuentación a los centros de salud) y acorta la vida elevando el riesgo de muerte prematura tanto por el incremento del número de suicidios como de enfermedades somáticas y disminución defensas.¹²

La salud psíquica y cognoscitiva de los adultos mayores puede presentar cambios relacionados con el envejecimiento. Con frecuencia la depresión conlleva deterioro cognitivo, condiciones que deben identificarse para la detección oportuna y prevención de daños. Además de los cambios y problemas biológico-fisiológicos propios del envejecimiento, es común que la salud psíquica en los adultos mayores se vea deteriorada, y se refleja a través de la presencia de síntomas depresivos como frustración, tristeza y sensación de inutilidad, lo cual genera dependencia funcional; en donde la función cognitiva es otro problema de salud psíquica que aunado a la depresión, afecta de manera directa la calidad de vida de los adultos mayores.

El deterioro de salud psicológica en los adultos mayores puede deberse a que es una etapa de vida de pérdidas, como el cese de la actividad productiva, la separación de los hijos, la muerte del cónyuge y de los padres, cambio involuntario que paulatinamente aumenta el interés entre los investigadores por la relación entre depresión y demencia en vista de que numerosas investigaciones sugieren que la depresión es un factor de riesgo para el futuro desarrollo de la demencia, Siendo la depresión el trastorno mental más costoso en Europa, la depresión en la

vejez además de afectar la calidad de vida del paciente lo sitúa en mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo.

Existen numerosos trabajos que indican que padecer depresión en edad adulta y vejez conlleva daños neurológicos que contribuyen al desarrollo de la demencia. Por el contrario encontramos que otros estudios sitúan la depresión como efecto del inicio de la demencia y no precediéndola, finalmente algunos estudios no encuentran asociación entre depresión temprana y el riesgo de demencia, además de investigaciones que encuentran que la depresión solo influye en los grupos sociales con unas características sociodemográficas concretas de sexo, edad y educación. Además también debido a la complejidad en cuestión se ha decidido estudiar de manera específica la relación de la depresión con la demencia sin tener en cuenta las diferentes etiologías y factores que conducen a una demencia.

Todas estas situaciones pueden predisponer a la depresión, sin embargo no es adecuado considerarla como parte del envejecimiento normal. La depresión es una alteración del estado de ánimo que genera pérdida de interés para la ejecución de las actividades de vida, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimiento de inferioridad, ideas de culpa, falta de concentración, exceso de cansancio e inutilidad. se afirma que la depresión es un problema psicológico de gran impacto y complejidad en la etapa de vida de adulto mayor, lo que ha motivado su estudio como lo muestran algunos resultados de investigaciones realizadas en México que reportan la prevalencia de depresión en los adultos mayores, se ha encontrado que la depresión es más común en mujeres, de mayor edad, con deterioro cognitivo, comorbilidad, discapacidad, bajo nivel socio-económico y múltiples hospitalizaciones, se ha identificado la etapa de vida de adulto mayor como la que presenta agudización de problemas, que al hacerse crónicos interfieren con el bienestar.¹³

La comorbilidad entre depresión y enfermedades físicas es muy frecuente y tiene un impacto importante en el deterioro de la salud así como en la atención y tratamientos recibidos, La comorbilidad entre depresión y enfermedades médicas es muy frecuente y esta asociación es bidireccional de forma que la depresión

puede ser causa o consecuencia de las mismas. La relación entre las enfermedades mentales físicas es muy estrecha, para la mayoría de las personas resulta difícil y preocupante aprender a sobrellevar y vivir con dolencia crónica de larga duración como la diabetes o el cáncer por lo que no es sorprendente que la depresión sea complicación más común asociada con este tipo de condiciones.

Con el fin de elaborar el documento de consenso, se realizó una revisión de la literatura médica especializada, relativa a la depresión como factor de riesgo de diferentes enfermedades físicas.¹⁴

La demencia vascular es un síndrome de naturaleza crónica y progresiva caracterizado por una perturbación de diversas funciones mentales superiores. Dentro del cuadro clínico que enmarca la presentación de la demencia vascular la depresión es una de las manifestaciones que se documenta con mayor frecuencia específicamente y con mayor prevalencia a la depresión de aparición tardía. Los síntomas centrales de la depresión son estado de ánimo persistente depresivo o anhedonia, considerada como la pérdida del placer en las actividades diarias normales.

La depresión y la enfermedad vascular cerebral tienen una interesante relación bidireccional la depresión incrementa el riesgo de padecer un primer episodio de infarto agudo al miocardio y accidente vascular cerebral y ha demostrado servir como predictor de pobres resultados en un amplio espectro de alteraciones vasculares cerebrales. En estas personas la depresión se puede apreciar como una reacción psicológica al estado de detrimento cognitivo ya establecido.

Tanto la depresión como la demencia comparten factores etiopatogénicos comunes, siendo quizás la enfermedad cerebral vascular la de mayor relevancia e impacto en lo que respecta la severidad del deterioro cognitivo, respuesta al tratamiento y pronóstico.^{15, 16}

La depresión en el adulto mayor es más frecuente en mujeres viudas, pacientes con enfermedades crónicas, y portadores de algún tipo de trastorno del sueño como insomnio, y en aquellos que han experimentado un evento estresante en

nuestras vidas, la literatura indica que la depresión enmascarada, la depresión menor y la depresión secundaria a enfermedad somática tienen una mayor prevalencia en los ancianos que en gente joven. Un estudio en 1996 sobre la prevalencia de depresión en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna, reveló que el 28.4% de estos tenían depresión.

La depresión en los pacientes geriátricos hospitalizados es frecuente y esta subdiagnosticada la importancia de esta según lo evidenciado en la literatura, en el tratamiento precoz que reduciría a mediano plazo y largo plazo la morbi-mortalidad y los días de hospitalización de nuestros pacientes. Se requiere mayores estudios sobre la fisiopatología y tratamiento eficaz de esta enfermedad. Así En este sentido demandan gran atención los índices de suicidios en adultos mayores, a la fecha el diagnóstico de depresión se realiza siguiendo los criterios del DSM-V los cuales incluyen síntomas físicos tales como cambios psicomotores perturbaciones en el apetito y el peso corporal, falta de energía, entre otros, ciertas enfermedades medicas también pueden enmascararse en síntomas similares a los de la depresión, ciertas enfermedades médicas tales como enfermedad de Parkinson, infarto, accidente cerebrovascular, enfermedad cerebro vascular (EVC) trastornos endocrinos, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, enfermedades infecciosas, etc. Así como algunos medicamentos como las benzodiacepinas, los antihipertensivos, los anticancerígenos, entre otros, pueden causar depresión en momentos posteriores, o incrementar la severidad de síntomas depresivos ya presentes. Por esa razón es importante identificar y comprender con mayor profundidad la relación existente entre enfermedades médicas y la depresión.

En primer lugar, se observa una prevalencia significativa de depresión en adultos mayores que han sufrido accidentes cerebrovasculares. De esta forma se ha descrito que la historia individual de la depresión o de los síntomas depresivos de larga duración en el adulto mayor se asocian de manera significativa con la apuración posterior de la enfermedad cardiaca isquémica e infarto al miocardio incluso hasta años después del episodio depresivo.

Esta conceptualización implica que los factores cerebrovasculares, tales como hipertensión o enfermedad coronaria, están directamente relacionados con la aparición de la depresión puesto que, a lo largo del tiempo contribuyen al desarrollo de enfermedades de los pequeños vasos cerebrales que perturba el funcionamiento neurobiológico provocando depresión. Se ha estimado que la prevalencia de depresión se duplica en adultos mayores que padecen de diabetes en comparación con adultos mayores sanos. La depresión en pacientes diabéticos se asocia a los peores resultados de tratamiento, menor funcionamiento físico, menor adherencia, dificultades en el cumplimiento de los regímenes de ejercicio y alimentación, enfermedades vasculares, disfunción sexual, retinopatías, neuropatías y mayor mortalidad más aun la depresión puede comprometer severamente el funcionamiento cotidiano del paciente y su curso puede ser crónico o intermitente. La segunda hipótesis señala que la depresión es precursora en la etiología de la diabetes.

Estudios longitudinales muestran que la depresión mayor puede predecir la aparición de la diabetes en un lapso de 13 años. Los síntomas depresivos pueden aparecer en respuesta al estrés psicosocial.

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia en el adulto mayor. Existen síntomas comunes entre la depresión y la enfermedad de Alzheimer que dificultan el diagnóstico diferencial. Específicamente, los adultos mayores con depresión y enfermedad Alzheimer reportan mayor número de perturbaciones del pensamiento e ideas de suicidio y culpa, mientras que aquellos que solo padecen de depresión reportan ánimo negativo con mayor frecuencia. Otra hipótesis postula que el Alzheimer es el fundamento etiológico de la depresión. La enfermedad de Parkinson se caracteriza por enlentecimiento motor, rigidez, temblores e inestabilidad postural. Además la segunda enfermedad neurodegenerativa más común tras la demencia tipo Alzheimer y su mayor tasa de incidencia se presenta en adultos entre 55-66 años de edad.

En segundo lugar al emplear una hipótesis centrada en la depresión como precursora, se ha señalado que esta puede padecer la aparición de la enfermedad

de Parkinson durante un periodo de hasta 16 años. Evidencia de la hipótesis centrada en la depresión como factor etiológico precursor de las enfermedades médicas en adultos mayores es el caso de las ECV se ha encontrado que la depresión, más que un factor etiológico, es un factor de riesgo. Tanto la ECV como la diabetes y las enfermedades neurodegenerativas Parkinsonismo y Alzheimer demuestran ser sólidos precursores de la depresión. Sin embargo, esta revisión si permite observar que los estudios realizados a la fecha destacan que la depresión puede manifestarse de manera relativamente similares tanto en la enfermedad de Alzheimer como en el Parkinsonismo.¹⁹

La prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades médicas es mayor que en la población general alcanzando globalmente cifras superiores al 20 %. La depresión en pacientes con enfermedades médicas tiene un importante impacto en el empeoramiento del pronóstico de la enfermedad somática asociada, como se ha podido observar en enfermedades neurológicas, cardiovasculares y metabólicas. La depresión tiene un impacto negativo en la adherencia al tratamiento. Para mejorar la identificación de la depresión en atención primaria.

La prevalencia de pacientes con depresión y enfermedades médicas es elevada y la asociación entre ambas es bidireccional. Depresión como factor de riesgo de enfermedades médicas centrándonos en las patologías en las que la relación está mejor establecida. Un 50% de pacientes recientemente ingresados para intervención quirúrgica de bypass coronario o por un síndrome coronario agudo. Los resultados de diversos estudios longitudinales ponen de manifiesto que la depresión es un factor independiente de riesgo cardiovascular. La diabetes, es elevada y superior a la prevalencia de depresión en la población general.

La prevalencia de depresión y dolor crónico es elevada en el ámbito de atención primaria (56%) y alcanza cifras todavía más elevadas en el ámbito de atención especializada (50-69%). tratamiento antidepressivo y salud física a la hora de elegir el tratamiento antidepressivo para pacientes con comorbilidad médica asociada, se deben considerar 2 aspectos fundamentales: por un lado, los efectos secundarios del antidepressivo en relación con dicha enfermedad somática hace importante

tener en cuenta que algunos efectos adversos de algunos antidepresivos son difíciles de diagnosticar.

Es el caso de la disfunción sexual, que es más frecuente en pacientes con depresión y que puede agravarse por el tratamiento, dado que algunos antidepresivos, en especial los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina y los inhibidores de la receptación de serotonina y noradrenalina se asocian a una elevada frecuencia de disfunción sexual.¹⁹⁻¹⁴

1.5 Diagnóstico de depresión

Para adultos mayores, se cuenta con la escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS). Esta escala tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado. Posteriormente, se publicó una versión más corta con 15 ítems (GDS-15) que ha mostrado su utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones.

Más recientemente, se exploró el comportamiento psicométrico de varias versiones de 5 ítems de la GDS. Hasta la fecha, únicamente se conoce un estudio que informo el comportamiento de la GDS-15 en adultos mayores asistentes a centros comunitarios.¹⁹⁻¹⁸

Se desarrolló la escala de Yesavage versión reducida de 15 preguntas en español mexicano con categorías, depresión establecida 10 o más puntos, probable depresión o depresión leve 6 puntos y 5 puntos o menor corresponden a no padecer depresión. Dentro de las fortalezas de la investigación está la incorporación de 4 dimensiones médica, mental, funcional y social en el adulto mayor que acude a la consulta de atención primaria en la mayor institución de salud en México. Al igual que otros estudios la población que asiste al primer nivel de atención es en promedio de 70-75 años predominando sexo femenino.¹⁸⁻²¹

1.6 Tratamiento de depresión

Conocer las vivencias de los pacientes en tratamiento por depresión según sean atendidos por médicos de familia (MF) o por psiquiatras (PSQ) para identificar vías

de mejora. La atención de las personas diagnosticadas de depresión constituye un área de importancia creciente en atención primaria. A las deficiencias identificadas en su diagnóstico y tratamiento se suman los efectos en un gasto farmacéutico no siempre justificado. Las vivencias y percepciones de los pacientes acerca de la atención recibida por MF y PSQ se sitúan en un mapa de recorridos de búsqueda de asistencia.²⁰

En general el MF era el primer facultativo a quien se planteaba el problema depresivo y con quien se decidía ser atendido, bien por el o ser derivado al PSQ. Respecto a los PSQ, se valoraban principalmente sus mayores conocimientos derivados de su condición de especialista, y por lo tanto, las mayores posibilidades de acertar en la solución del problema depresivo, la disponibilidad de tiempo era un requisito comúnmente reclamado y percibido como escaso. A la luz de los resultados del presente estudio se subraya por tanto la importancia de que sea el paciente y su contexto en los que centren la atención del profesional. La falta de tiempo constituye una insuficiencia especialmente sentida en relación a los MF.

La atención centrada en el paciente diagnosticado de depresión se plantea, por tanto, como un reto tan necesario como complejo. Existen notables carencias en la atención a las personas con depresión en nuestro medio tanto en AP como SM.²¹⁻

13

Determinar el estado de salud en el adulto mayor con 60 o más años de edad en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. Los adultos mayores son vulnerables principalmente a enfermedades cónicas, alteraciones médicas sensoriales como visión y audición, mal nutrición, incontinencia urinaria, uso de polifarmacia, deterioro cognitivo, depresión, dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, alteración en la marcha y deficiencia en apoyo social.

Es frecuente que el adulto mayor no exprese todos sus malestares, consulta clásica cada vez es menor el tiempo del que se dispone para la misma, todo aquello dificulta el reconocimiento de diagnósticos la valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y

cuantificar problemas, necesidades y capacidades en el adulto mayor para identificar la necesidad de cuidados o tratamientos con el objetivo de mejorar su estado de salud. Visión, valoración de la agudeza visual con carta de Snellen, se consideró disminución visual al valor de 20/60 a pesar del uso de lentes. Audición, indicadores de 0-8 puntos corresponden a la ausencia de alteración auditiva, Incontinencia urinaria, identifica pacientes con incontinencia de orina y su impacto en su calidad de vida. Estado nutricional, es cuando la puntuación es menor de 17. Antecedentes personales patológicos, se consideró el número de enfermedades crónicas, no se consideró el control de las mismas. Evaluación farmacológica, se determinó polifarmacia siendo el uso de más de 3 medicamentos en forma simultánea por lo menos en un mes.²²

En cuanto al tipo de tratamiento utilizado el 84% tomaba fármacos exclusivamente, si nos fijamos en situación socio-demográfica, los pacientes que Vivian en pareja presentaban menor número de síntomas residuales y menor puntuación en la escala de Yesavage, los pacientes que tomaban exclusivamente benzodiacepinas tenían menor puntuación en la escala de Yesavage. La prevalencia de depresión encontrada en nuestra población es similar a los estudios consultados también la distribución entre ambos sexos siendo más frecuente en las mujeres. Según la escala geriátrica de Yesavage más de la mitad de los pacientes de nuestra muestra cumple aun criterios suficientes para ser diagnosticados de depresión entre 6-15 puntos. Sabemos que la depresión en el paciente anciano tiende a manifestarse con un mayor grado de sintomatología física y menor componente afectivo.²²

III. JUSTIFICACIÓN

La OMS documenta que existe un incremento importante de personas adultas presentando un crecimiento acelerado de esta población, La depresión en adultos se ha presentado hasta en un 5 % sin embargo solo el 20 % son diagnosticados. Las complicaciones en la presencia de depresión en adultos mayores podrán tener como consecuencia Demencia por lo que es de relevancia que se diagnostique la depresión en adultos mayores en fase tardía. Existen diferentes factores relacionados a este padecimiento como el nivel educativo, estado civil, nivel socioeconómico, y el empleo. A la consulta médica de primer nivel acuden pacientes con depresión la cual no se realiza diagnóstico oportuno mucho menos se da tratamiento adecuado, ya que se piensa erróneamente que la depresión es aparte del envejecimiento normal, si oportunamente se diagnostican factores de riesgo asociados podríamos ofrecer una mejor calidad de vida a nuestros adultos mayores, si por el contrario no se trata adecuadamente; aumenta la probabilidad de enfermedades cardiovasculares, o puede llevar a complicaciones como el suicidio, las enfermedades crónicas se pueden asociar con la depresión en el adulto mayor, es importante conocer los factores asociados como causantes de depresión para poder ofrecer un tratamiento integral en Medicina Familiar con trabajo en equipo de todo el personal de salud involucrado en la atención de estos pacientes.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS prevé que para el año 2020 la depresión sea la segunda causa de discapacidad en el mundo. La relación entre las enfermedades mentales físicas es muy estrecha, para la mayoría de las personas resulta difícil y preocupante aprender a sobrellevar y vivir con dolencia crónica de larga duración como la diabetes o el cáncer, por lo que no es sorprendente que la depresión sea complicación más común asociada con este tipo de condiciones. La investigación demuestra que las personas con enfermedades físicas graves corren un mayor riesgo de padecer depresión. México es una de las naciones que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención, nuestros adultos mayores no son la excepción por su condición física de vulnerabilidad son propensos a presentar este tipo de problemas y no existen estudios que nos orienten sobre la magnitud de este problema en nuestro medio.

Por lo anteriormente dicho, realizamos la siguiente pregunta: **¿Cuál es la prevalencia de la depresión en el adulto mayor que acude a consulta externa en la unidad de medicina familiar No. 56 de ciudad Juárez chihuahua en el periodo de enero a agosto del 2017?**

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de la depresión en el adulto mayor que acude a consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 56, en el periodo del 2016-2017.

5.2 Objetivos específicos

5.2.1. Determinar la presencia de depresión en Adultos mayores en la UMF No.56.

5.2.2 Conocer la edad más frecuente de presentación de presión en el Adulto mayor.

5.2.3. Determinar la asociación de depresión y género.

5.2.4. Identificar la escolaridad de adultos mayores con depresión.

5.2.5. Determinar la asociación de ocupación en pacientes Adultos Mayores con depresión.

5.2.6. Determinar el estado civil de adultos mayores con depresión.

VI. HIPÓTESIS

6.1 *Hi* La prevalencia de la depresión es alta en la población geriátrica mayor de 60 años en la U.M.F. No.56.

6.2 *H0* La prevalencia de la depresión es baja en la población geriátrica mayor de 60 años en la U.M.F. No 56.

6.3 *Ha* La prevalencia de depresión en la U.M.F. No. 56 es similar a lo registrado en la literatura revisada.

VII. METODOLOGÍA

7.1. Diseño de investigación

Estudio descriptivo y transversal.

7.2 Tiempo

El estudio se realizó en el período comprendido de enero a agosto del 2017.

7.3 Lugar

Se realizó en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No.57 ubicada en la colonia Durango, calle Miguel Hidalgo No.3904 en Ciudad Juárez, Chihuahua. Pertenece al área de influencia del Hospital Regional de Zona No. 6, con una población adscrita de 70,160 derechohabientes. Cuenta con 7 consultorios de medicina familiar, uno de psicología. Además un consultorio de estomatología y uno de salud en el trabajo.

7.4 Persona

Adultos mayores de ambos sexos derechohabientes de la UMF No. 56 de la edad de mayores de 60 años.

VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN

8.1 Criterios de Inclusión

- Paciente Adultos mayores de 60 años y más.
- Pacientes derechohabientes de la UMF No. 56 del IMSS.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.
- Pacientes que sepan leer y escribir.

8.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no correspondan al grupo de adultos mayores de 60 y más.
- Pacientes no derechohabientes de la UMF No. 56 del IMSS.
- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes que no saben leer y escribir.
- Pacientes con diagnóstico de depresión previa u otro trastorno psicológico o psiquiátrico.

8.3 Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos.
- Cuestionarios ilegibles.

IX. OPERACIONALIZACIÓN Y VARIABLES

9.1. Depresión

- Tipo de variable: Dependiente
- Definición conceptual: Es el estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar las cosas.
- Definición Operacional: Con fines de este estudio se considerara la depresión al aplicar la escala de Yesavage los resultados es puntuación mayor de 6.
- Escalas de Medición: cualitativa, nominal.
- Indicador. 1.- Con depresión 2.- sin depresión.
- Estadística: Porcentaje, frecuencias.

9.2. Edad

- Tipo de Variable: Independiente
- Definición Conceptual: Es el tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento
- Definición Operacional: Se tomará en cuenta al número de años referido por el encuestado.
- Escala de Medición: cuantitativa discreta.
- Indicador: Años
- Estadística: Paramétrica, Media, Moda, Mediana, Desviación Estándar

9.3. Género

- Tipo de Variable: Independiente
- Definición Conceptual: Características físicas que diferencian al hombre y a la mujer.

- Definición Operacional: Para fines de este estudio se considerará de acuerdo a las características fenotípicas del paciente.
- Escala de Medición: cualitativa, nominal
- Indicador: Se expresa en 1.- Hombre 2.- Mujer.
- Estadística: Frecuencia, Porcentaje.

9.4. Escolaridad

- Tipo de Variable: Independiente.
- Definición Conceptual: se refiere al número de años de estudio de los sujetos.
- Definición Operacional: Se expresa en nivel de estudios 1.-Primaria, 2.- Secundaria, 3.- Preparatoria, 4.-Licenciatura, 5.- Ninguno.
- Escala de Medición: cualitativa nominal.
- Indicador: 1.- Primaria, 2.- secundaria, 3.- Preparatoria, 4.-Licenciatura, 5.- Ninguno
- Estadística: Frecuencias y porcentajes.

9.5. Ocupación

- Tipo de variable: Independiente.
- Definición Conceptual: Actividad remunerada o no remunerada a la que se dedique el sujeto en cuestión.
- Definición Operacional: Se expresa lo referido por el encuestado 1.- Ama de casa, 2.-Trabajador activo, 3.- Pensionado/Jubilado, 4.- Negocio propio, 5.- Desempleado.
- Escala de Medición: cualitativa nominal.

- Indicador: 1.- Ama de casa, 2.- Trabajador activo, 3.-Pensionado/Jubilado. 4. Negocio propio, 5.- Desempleado.
- Estadística: Frecuencia, Porcentajes.

9.6. Estado civil

- Tipo de Variable: Independiente.
- Definición Conceptual: Situación legal de una persona con respecto a su pareja ante la sociedad.
- Definición operacional: Se tomara en cuenta lo que el paciente refiere en la encuesta.
- Escala de Medición: cualitativo, nominal
- Indicador: 1.- Soltero, 2.-Casado, 3.- Viudo, 4.- divorciado, 5.- Unión Libre
- Estadística: Frecuencias y Porcentajes.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL E INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
Depresión	Es el estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.	Dependiente	Con fines de este estudio se considerará la depresión al aplicar la escala de Yesavage los resultados es puntuación mayor de 6. 1.- si 2.- no	Cualitativa Nominal	Porcentaje, frecuencia,
Edad	Es el tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento	Independiente	Se tomará en cuenta al número de años referido por el encuestado.	Cuantitativa Discreta	Paramétrica Media, moda, mediana, Desviación estándar.
Género	Características físicas que diferencian al hombre y a la mujer	Independiente	Se expresa en: 1. Hombre 2. Mujer	Cualitativa Nominal	Frecuencia, porcentajes
Escolaridad	Se refiere al número de años de estudio de los sujetos	Independiente	Se expresa en nivel de estudio: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Ninguna	Cualitativa Nominal	Frecuencia, porcentajes
Ocupación	Actividad remunerada o no remunerada a la que se dedique el sujeto en cuestión	Independiente	Se expresa a lo referido por el encuestado 1.Ama de casa 2.Trabajador activo 3. Pensionado/ jubilado 4.Negocio propio 5.Desempleada (o)	Cualitativa Nominal	Frecuencia, porcentajes
Estado civil	Situación Legal de una persona con respecto a su pareja ante la sociedad.	Independiente	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión libre	Cualitativa Nominal	Frecuencia, porcentajes

X. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Es una muestra no probabilística utilizando fórmula para estudios transversales siendo la siguiente.

La muestra se obtuvo con la siguiente fórmula:

$$N = \frac{(Z_{\alpha})^2 (p) (q)}{\beta^2}$$

$$\beta^2$$

$$\frac{(1.96)^2 (0.12) (1-0.12)}{(0.05)^2}$$

$$(0.05)^2$$

$$\frac{(3.84)(0.1056)}{.0025}$$

$$.0025$$

$$0.4055 = 162$$

$$.0025$$

Donde N significa tamaño de muestra final siendo 162 sujetos a estudiar, P es la proporción, q es 1-p, β es precisión, para estudios descriptivos.

N = Tamaño **p** = Proporción **q** = 1-p **β** = Precisión

La muestra se calculó en base a la población total de pacientes mayores de 60 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar No. 56 tomando ese número como el universo de estudio.

XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizaron pruebas de normalidad, la descripción de las características clínicas de los pacientes en el estudio por medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas continuas, que cumplieron el supuesto de normal con media y desviación estándar y para aquellas que no cumplieron este supuesto se empleó mediana y rango intercuartil. En el caso de las variables nominales se realizó por medio de proporciones.

Se calcularon proporciones simples y relativas y sus intervalos de confianza al 95%. Se utilizó la XMH para la determinación de asociación estadísticamente significativa entre variables. Se calculó el valor de p para probar la significancia estadística de las variables a una $\alpha = 0.05$. Se calcularon los factores de riesgo mediante Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%.

XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los procedimientos a realizar están de acuerdo con las normas éticas y reglamentos institucionales, con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores.

De acuerdo con el artículo quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 02 de abril del 2014, esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población. Será sometido a una comisión de ética, ya que aunque no se interviene directamente en seres humanos, se interviene aspectos de su atención médica. Esta investigación se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Se adapta a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.
- II. Es el método más idóneo para la investigación en este tema.
- III. Existe la seguridad de que no se expondrá a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevará a cabo este protocolo.
- IV. Se contará con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.
- V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VI. La investigación será realizada por profesionales de la salud en una institución médica que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
- VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda

a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

- VIII. Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite.
- IX. Será responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Se protegerá la información obtenida, utilizando para la identificación de los sujetos únicamente las iniciales de su nombre y apellidos; todos los resultados serán utilizados cuando se requieran y cuando sea autorizado. Esta investigación se clasifica como **Riesgo Mínimo**, debido a que se realizará una intervención para modificar el comportamiento. El estudio se apega a lo indicado en la Declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 64a Asamblea Fortaleza, Brasil, octubre 2013; solicitándose carta de consentimiento informado a los participantes, que será obtenido por el investigador.

Debido a la naturaleza de este estudio, no existen riesgos, ni beneficios económicos o de tratamiento para su participación, antes o después del estudio. Los resultados de este estudio, ayudarán a obtener información para determinar la prevalencia de demencia y además identificar los factores de riesgo asociados, por lo que ofrecerá el conocimiento y dará el enfoque para realizar intervenciones que permitan idear estrategias para este padecimiento. Se solicitará a los participantes en el estudio carta de consentimiento informado.

XIII. METODOLOGÍA OPERACIONAL

Se realizó el estudio a la muestra de los pacientes seleccionados al azar con depresión que cumplieron con los criterios de inclusión que aceptaron participar previa explicación y firma del consentimiento informado (anexo 1); se les auto aplicó en la consulta externa un instrumento de medición tipo cuestionario ya validado por expertos denominado escala de Yesavage para medir la depresión.

Se anexó cuestionario para conocer datos personales, datos generales del participante, como son nombre, edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación.

El cuestionario utilizado para este estudio fue la escala de Yesavage

La escala de Yesavage es un instrumento internacionalmente reconocido para medir la depresión. Fue diseñada en 1982, por Brink y Yesavage, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos que determinan la depresión, compuesto por 15 preguntas (ítems) que valoran la depresión de los pacientes.

Se aplicó el cuestionario a los pacientes adultos mayores en forma aleatoria, captadas en la consulta de ambos turnos, que cumplieron con los criterios de inclusión en la UMF No. 56 de Cd. Juárez Chihuahua.

XIV. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 162 pacientes adultos mayores de la UMF No. 56 (Ver Tabla 1), donde 120 (74.1%) fueron mujeres (Ver Gráfica 1), con una relación 2.9:1; 62 (38.3) de 60 a 65 años (Ver Gráfica 2), 107 (66%) con escolaridad primaria, 85 (52.5%) ocupación hogar, 86 (53.1%) eran casados y 132 (81.5%) tenían depresión (Ver Gráfica 3).

Se realizaron pruebas de normalidad para los resultados cuantitativos (Ver Tabla 2); se encontró que la edad de los pacientes tiene una mediana de 68 años con Rangos intercuartilares (RIC) de 10 años (Ver Gráfica 4), para la puntuación depresión una mediana de 2 puntos y RIC de 4 puntos.

En el análisis bivariado (Ver Tabla 3) encontramos que las mujeres tienen 2.63 veces riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta las 8 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes mayores de 80 años tienen 3.38 veces riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta las 21.52 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes pensionados tienen un 12% de protección para la depresión con intervalos que van hasta las 2.33 veces riesgo de depresión no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes divorciados tienen 18.5 veces riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta las 102.55 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa.

XV. DISCUSIÓN

La depresión es uno de los trastornos afectivos más frecuentes en la población geriátrica, y se considera un problema de salud pública con graves consecuencias de discapacidad, siendo un problema importante en México, en nuestro estudio encontramos una prevalencia de 18.5% siendo similar a lo reportado en el adulto mayor de 60 años en la literatura revisada.

Se demostró que el género femenino tiene alta prevalencia de depresión hasta en un 87% además de otros determinantes asociados al género femenino: ama de casa, ser cuidador primario, nivel socioeconómico bajo y desempleo; tal como se ha demostrado en diferentes estudios, sin embargo no se tomaron otros condicionantes tales como problemas legales, alguna experiencia violenta, el consumir sustancias adictivas y hasta la migración, tal como lo describió Shoshana Berenzon y Ma Asunción Lara. Así mismo se constata que la depresión es mas en mujeres ancianas que en hombres ancianos siendo similar a el resultado de Escolar Bravo y Teresa Botique.

En contraste al estudio de E. Konfly, D. Rivilla, se encontró en nuestro estudio una alta prevalencia de depresión hasta de un 67% a partir de los 60-70 años de edad, siendo similar al autor antes mencionado donde reportó que los adultos mayores de 65años tienen mayor riesgo de depresión.

El promedio de depresión en escolaridad por debajo del nivel básico de la U.M.F. No. 56 se presenta hasta casi un 70% de los adultos mayores, por lo que se puede determinar que este factor de riesgo se presenta en alta prevalencia en la población estudiada reafirmando lo anteriormente comentado por Duran-Badillo que demuestra que la combinación de educación y nivel socioeconómico bajo ocasiona cifras elevadas de depresión.

Bastidas-Bilbao hacen alusión que las mujeres que son viudas y que tienen enfermedades crónicas tienen tendencia a aumentar la depresión; conviene destacar que en el 53.3% de la población estudiada la ocupación es ama de casa

con depresión por lo que es otro determinante importante para desarrollar depresión en este grupo de edad.

Por lo revisado anteriormente muestra como la depresión es una enfermedad que tiene un impacto que puede atribuirse a reducción a calidad de vida y en el funcionamiento cotidiano de la población sin embargo estos factores de riesgo no fueron analizados en este estudio.

Conviene destacar que las variables independientes antes mencionadas no tuvieron significancia estadística en la muestra estudiada sin embargo no se puede descartar la atribución de estos factores de riesgo ya que están bien documentados en la literatura, Sin embargo se determina que el estado civil tiene asociación en la presencia de depresión ya que el 56% de los adultos mayores estudiados se pudieran encontrar sin apoyo familiar de pareja (cónyuge) o alguna otra red de apoyo familiar por lo que se deberán implementar estrategias en la funcionalidad familiar con el fin de enfrentar y superar cada etapa del ciclo vital y las crisis que atraviesa el adulto mayor, muy probablemente subdiagnosticado de depresión

La escala de Yesavage es un instrumento validado para identificar depresión en el adulto mayor de manera rápida y sencilla que se puede llevar a cabo con factibilidad en la consulta externa de medicina familiar tal como lo menciona Tiago y Nascimento los que corroboraron al igual que este estudio que la Escala de Yesavage es de gran utilidad e indica que hay depresión en gran parte de la población.

De acuerdo a la transición demográfica y epidemiológica que está enfrentando nuestro país polarizado en su pirámide de población y con un incremento sostenido a las enfermedades crónico degenerativas, la depresión se debe de añadir a las implicaciones de salud estableciendo políticas públicas de intervención en la cual se ejecuten estrategias primeramente aceptando que la salud mental debe de ser incluida en la agenda de salud pública con el fin de mejorar la salud y el control de comorbilidades del adulto mayor.

XVI. CONCLUSIONES

La historia clínica y el registro en el expediente es fundamental para la búsqueda de factores de riesgo asociados a la depresión como: género, estado civil, ocupación, y escolaridad.

A partir de los 60 años la prevalencia de depresión en U.M.F. No. 56 está presente en el 18.5% de los adultos mayores. Además se demuestran que el estado civil y la depresión están asociadas, por lo que el médico familiar además de realizar el diagnóstico de depresión deberá también medir o identificar la funcionalidad familiar como estrategia de identificar la dinámica familiar en esta etapa vital del paciente.

Se demuestra en este estudio que una de las muchas actividades del médico familiar es el diagnóstico de depresión. Para tal efecto se debe implementar y sistematizar la estrategia de aplicación de este instrumento sencillo, fácil, auto aplicado y valioso como lo es la escala de Yesavage, que puede identificar pacientes en control de padecimientos crónicos o de alta demanda medica sub diagnosticados; esta escala se puede implementar cada 6 meses en la sala de espera, por lo que se puede capacitar a la asistente medica que durante el tiempo de espera se le aplique esta escala a nuestros derechohabientes mayores de 60 años de edad; una vez identificados a los adultos mayores con depresión podrán ser derivados a diferentes actividades de los equipos multidisciplinarios con el fin de que se proporcionen redes de apoyo a los pacientes con esta patología.

Por lo anterior integrarlo a grupos de apoyo muy seguramente mejorara su calidad de vida. La calidad de vida no fue una variable de medición estudiada en este estudio, sin embargo se puede diseñar otras líneas de investigación con la asociación de calidad de vida y depresión de las que muy seguramente nos demostrarán otro panorama de los resultados obtenidos de este estudio.

La ejecución de programas preventivos en el adulto mayor no debe de ser subestimados ya que cualquier intervención con sustento de medicina basada en evidencias nos favorecerá a mejorar la salud y el control del adulto mayor

Se deberá hacer efectivo la estrategia de los programas sectoriales de salud en la progresión de un envejecimiento activo, saludable, con dignidad y con calidad de vida de las personas adultas mayores por lo tanto se debe garantizar un envejecimiento saludable con prevención, detección y diagnóstico oportuno de depresión y síndromes geriátricos.

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia de la Española (abril 2014). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Obtenido de Asociación de Academias de la Lengua Española: <http://dle.rae.es>.
2. Villegas-Vazquez, KG, Montoya-Arce, BJ. Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. *Papeles de Población*.2014; 20 (79):133-167.
3. Kupfer,D.J.,Regier,D.A., Arango Lopez,C.,Ayuso-Mateos,J.L., Vieta Pascual,E.,& Bagney Lifante,A. DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales(5ª Edición) Madrid [etc]: Editorial Médica Panamericana. (2014); 155-187.
4. Bogaert Garcia, H. La Depresión: Etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*. 2012;37(2):183-197.
5. Patiño F.A., Arango E.F., Zuleta L. Ejercicio físico y la depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. *REV COLOMB PSIQUIAT*. 2013;42(2):198-211.
6. Ruiz D., Zegbe J.A., Sanchez F.M., Castañeda M.S. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. *Rev de Educac y Des*. 2014;1(1):73-78
7. Berenzon Shoshana, Lara María Asunción, Robles Rebeca, Medina-Mora María Elena. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública Méx* 2013; 55(1): 74-80.
8. Kronfly E, Rivilla D, Ortega I, Villanueva M, Beltran E, Comellas M, et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más,valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en atención primaria. *Aten Primaria*. 2015;47(10):616-625.

9. Bastida JD, Pomes NP, Font SJ, Eickhoff AF. La depresión: un predictor de demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2016;51(2):112-118.
10. Nascimento T, Tavares S, Cachioni M. Síntomas depresivos en adultos mayores participantes de una Universidad abierta ala tercera edad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46(5):250-255.
11. Escobar MA, Botigué T, Giménez PJ, Orrio CN, Blanco J. Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia de género. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(2):59-64.
12. Galvan P, Fernandez E, Fonseca J. Síntomas residuales en el anciano con depresión. *Semerg.* 2012;38(5):285-291.
13. Durán-Badillo T, Aguilar R.M, Martínez M.L, Rodriguez T, Gutiérrez G, Vazquez L, et al. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enf Univ* 2013;10(2):36-42.
14. Giner J, Saiz J, Bobes J, Zamorano E, Lopez F, Hernando T, et al. Consenso español de salud física del paciente con depresión. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2014;7(4):195-207
15. Pineda A, Rendón JC, Gómez JF. Depresión de aparición tardía y su relación con la demencia vascular en el anciano. *MED.UIS.* 2014;27(2):51-58.
16. Mühlenbrock F, Gómez R, González M, Rojas A, Vargas L, Mühlenbrock C, et al. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2011; 49(4): 331-337.
17. Bastidas-Bilbao H. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Rev Psicol* 2014;32(2):192-218.
18. Gómez-Angulo,C. & Campo-Arias, A. Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univers Psychol.* 2011;10(3):735-743.

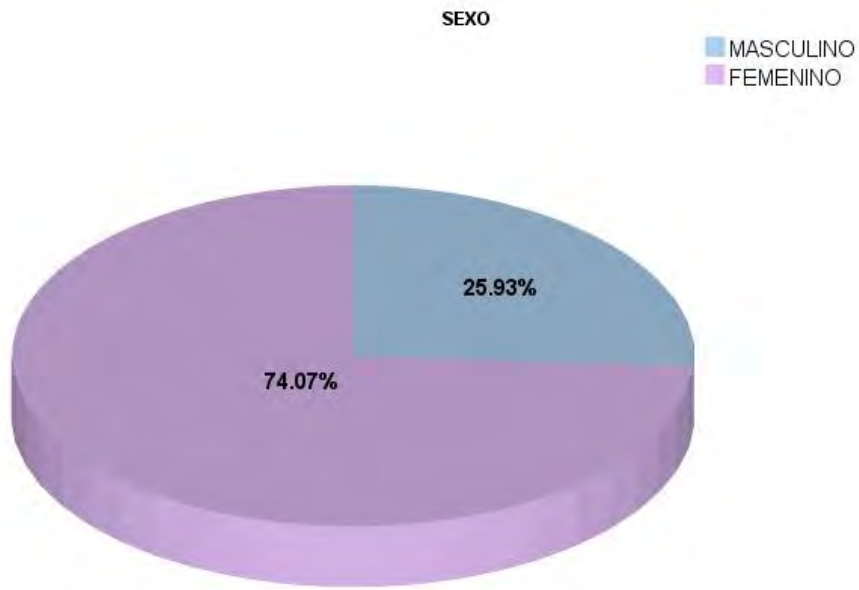
19. Cervantes RG, Villareal E, Galicia L, Vargas ER, Martinez L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral Aten. Primaria.2015;47(6):329-33
20. Calderon C, Retolaza A, Payo J, Zallo E, Mosquera I. Perspectivas de los pacientes diagnosticados de depresión y atendidos por médicos de familia y psiquiatras. Aten Primaria 2012; 44(10):595-602.
21. Maldonado M. Bienestar subjetivo y depresión en mujeres y hombres adultos mayores Viviendo en Pobreza. Acta Invest Psicol. 2015;5(1):1815-1830.
22. Sarró –Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. Semerg2013;39(7):354-360.

XVIII. TABLAS GRÁFICOS Y ANEXOS

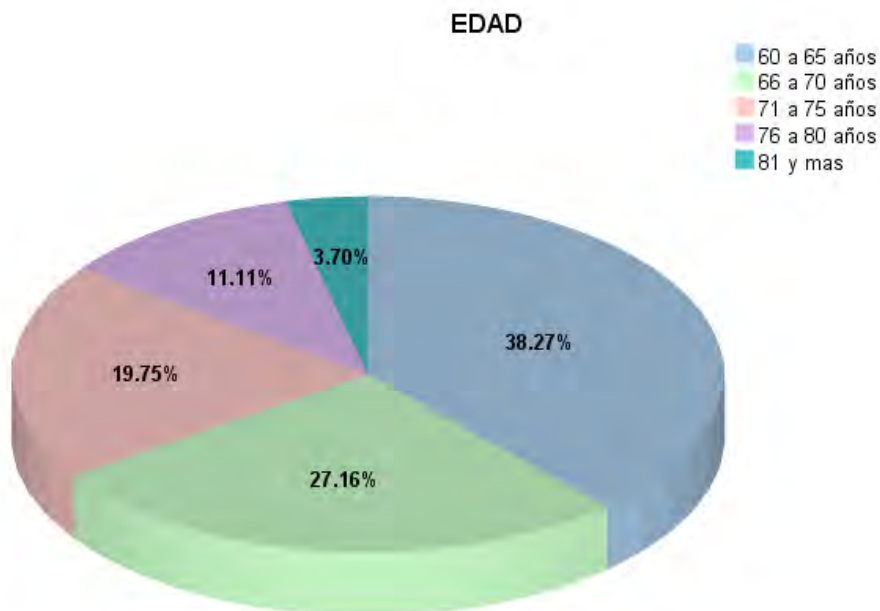
Tabla 1. Características adultos mayores de la UMF No. 65.

Característica	Frecuencia n, (%)
Sexo	
Hombre	42, (25.9)
Mujer	120, (74.1)
Edad	
60 a 65 años	62, (38.3)
66 a 70 años	44, (27.2)
71 a 75 años	32, (19.8)
76 a 80 años	18, (11.1)
> 80 años	6, (3.7)
Escolaridad	
Primaria	107, (66)
Secundaria	16, (9.9)
Licenciatura	2, (1.2)
Ninguna	37, (22.8)
Ocupación	
Hogar	85, (52.5)
Trabajador activo	23, (14.2)
Pensionado/jubilado	47, (29)
Negocio propio	1, (0.6)
Desempleado	6, (3.7)
Estado civil	
Soltero	23, (14.2)
Casado	86, (53.1)
Divorciado	8, (4.9)
Viudo	40, (24.7)
Unión libre	5, (3.1)
Depresión	
Si	30, (18.5)
No	132, (81.5)

Gráfica 1. Sexos adultos mayores UMF No.56



Gráfica 1. Edad adultos mayores UMF No.56



Gráfica 2. Depresión adultos mayores UMF No. 56.

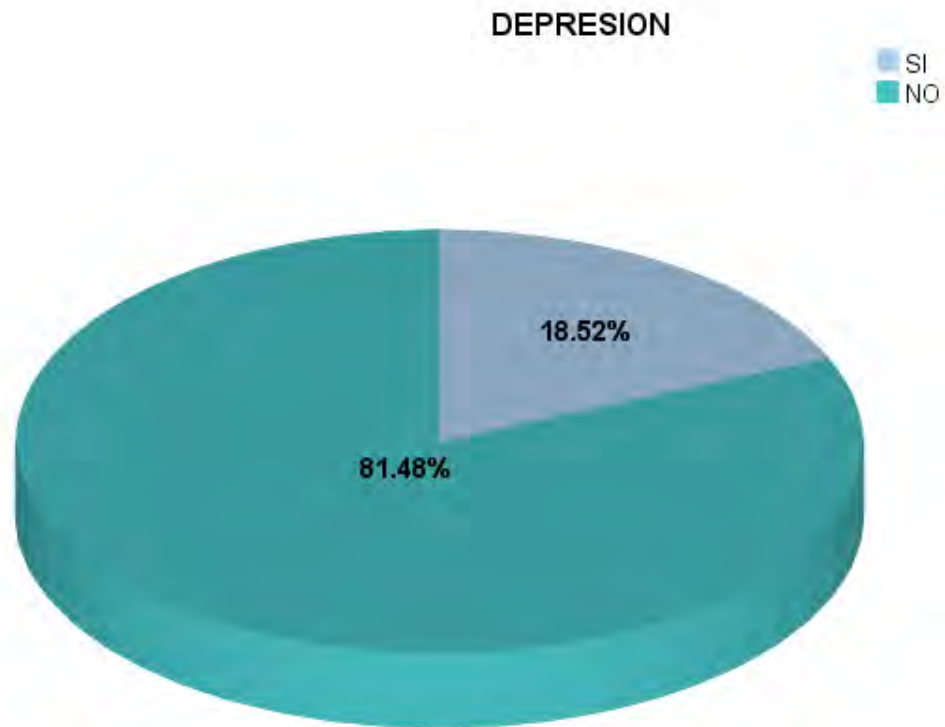


Tabla 2. Características adultos mayores UMF No. 56.

Variable	Mediana	RIC	Mínimo	Máximo	<i>p</i> *
Edad	68	10	60	2	<.001
Puntuación depresión	2	4	0	5	<0.001

* Kolmogorov-Smirnov

Gráfica 5. Edad adultos mayores UMF No.56

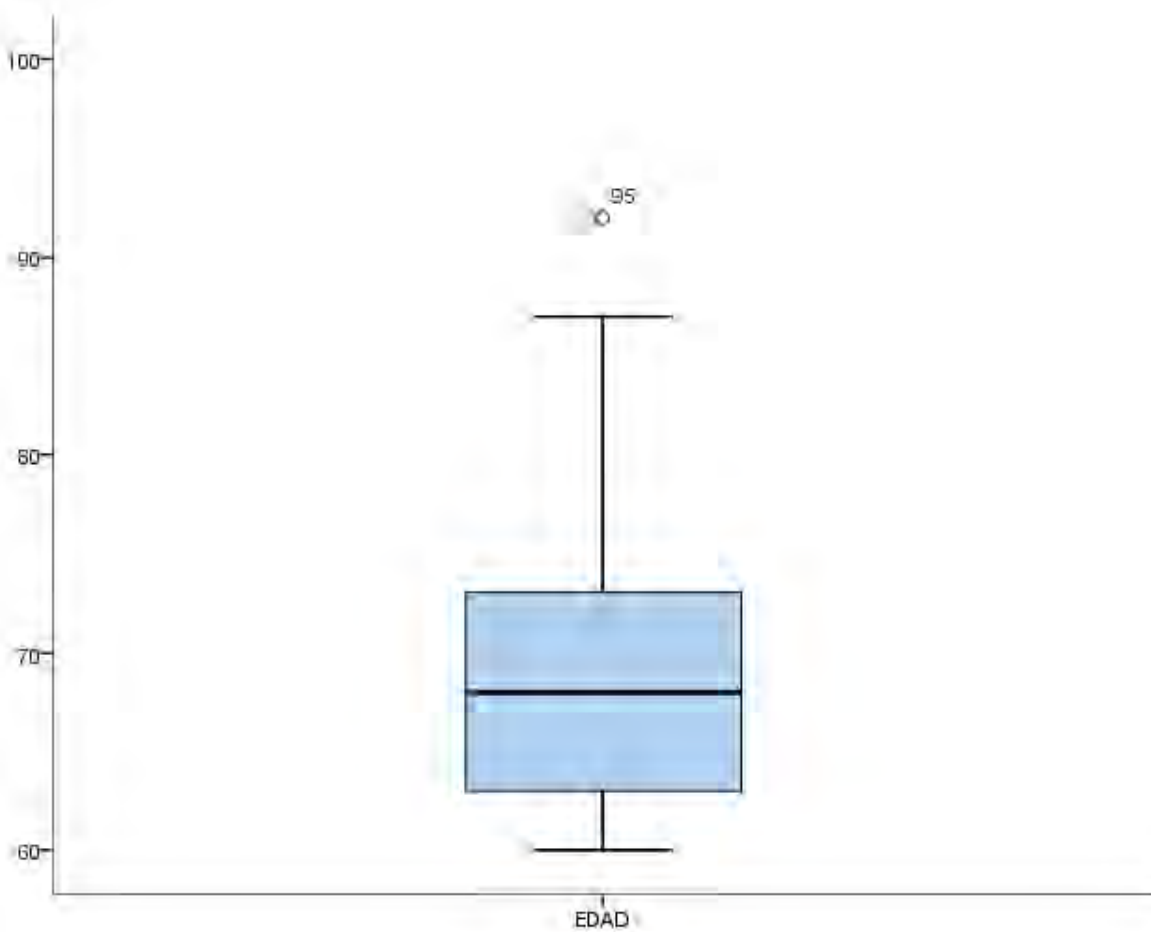


Tabla 3. Análisis bivariado depresión adultos mayores UMF No. 56.

Característica	Depresión		RMP	IC 95%	p*
	Si n, (%)	No n, (%)			
Sexo					
Hombre	4, (13.3)	38, (28.8)	1		
Mujer	26, (86.7)	94, (71.2)	2.63	0.86 – 8.04	0.081
Edad					
60 a 65 años	8, (26.7)	54, (40.9)	1		
66 a 70 años	12, (40)	32, (24.2)	2,53	0.94 – 6.85	0.285
71 a 75 años	6, (20)	26, (19.7)	1.56	0.49 – 4.96	
76 a 80 años	2, (6.7)	16, (12.1)	0.84	0.16 – 4.38	
> 80 años	2, (6.7)	4, (3)	3.38	0.53 – 21.52	
Ocupación					
Hogar	16, (53.3)	69, (52.3)	0.87	0.35 – 2.11	
Trabajador activo	5, (16.7)	18, (13.6)	1		0.781
Pensionado/jubilado	9, (30)	38, (28.8)	0.88	0.33 – 2.33	
Negocio propio	0, (0)	1, (0.8)	-		
Desempleado	0, (0)	6, (4.5)	-		
Estado civil					
Soltero	6, (20)	17, (12.9)	2.18	0.72 – 6.62	< 0.001
Casado	12, (40)	74, (56.1)	1		
Divorciado	6, (20)	2, (1.5)	18.5	3.34 – 102.55	
Viudo	5, (16.7)	35, (26.5)	0.88	0.29 – 2.69	
Unión libre	1, (3.3)	4, (3)	1.54	0.16 – 14.99	

* Chi cuadrada



HOJA DE RECOLECCIÓN DATOS



PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 56

Parte 1. Responda lo que se le solicita:

Edad en años cumplidos

Género:

1. Masculino
2. Femenino

Escolaridad:

1. Primaria
2. Secundaria
3. Preparatoria
4. Licenciatura
5. Ninguna

Ocupación:

1. Ama de casa
2. Trabajador activo
3. Pensionado/jubilado
4. Negocio propio
5. Desempleado (a)

Estado civil:

1. Soltero
2. Casado
3. Divorciado
4. Viudo
5. Unión libre

Investigador responsable Dra. Silvia A. Badillo Luevano tel. 656 6265943

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española): GDS-VE

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

Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)
ANEXO 1



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A CONSULTA EXTERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 56						
Patrocinador externo (si aplica):	No plica						
Lugar y fecha:	Junio 2016						
Número de registro:	R-2016-802-49						
Justificación y objetivo del estudio:	Por el incremento de adultos mayores con depresión						
Procedimientos:	Se aplicará un cuestionario en forma directa de 15 preguntas para conocer si presentan depresión además se les preguntará algunos datos sociodemográficos como edad, sexo etc.						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar su calidad de vida individual y familiar						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al momento de los resultados se canalizarán con su Médico Familiar para iniciar tratamiento que requieran.						
Participación o retiro:	En el momento que lo desee						
Privacidad y confidencialidad:	Confidencialidad total de los datos entregados por parte del paciente.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<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.
<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: CONOCER LA PREVALENCIA DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DEPRESION

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

Investigador Responsable: Dra. Silvia Aida Badillo Luevano tel. 626-59-43

Colaboradores: Dra. Isis Claudia Solorio Páez y Dr. José María Cardona Orozco tel. 3145989

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

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

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