



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL # 72
"LIC. VICENTE SANTOS GUAJARDO"

**“ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y DESEMPEÑO FUNCIONAL EN
PACIENTES CON DEPRESIÓN HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
GERIATRÍA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

GERIATRÍA

P R E S E N T A:

DR. ALAN FUENTES RIVERA

Tema prioritario: Envejecimiento



CIUDAD DE MÉXICO

2019



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.

**“ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y DESEMPEÑO FUNCIONAL EN
PACIENTES CON DEPRESIÓN HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
GERIATRÍA”**

HOJA DE REGISTRO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 1402 con número de registro 17 CI 15 033 053 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 15 CEI 004 2018041.
HOSP GRAL DE ZONA NUM 68

FECHA **Martes, 27 de noviembre de 2018.**

DR. BERNARDO SANCHEZ BARBA
PRESENTE

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

"ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y DESEMPEÑO FUNCIONAL DE PACIENTES CON DEPRESIÓN HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA"

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de 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.

No. de Registro
R-2018-1402-025

ATENTAMENTE

DR. JOSÉ CESAR VELAZQUEZ CASTILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1402

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD EMERGENCIAS SOCIALES

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

DR. RAMÓN ARMANDO SANCHEZ TAMAYO.
DIRECTOR HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 72
“LIC. VICENTE SANTOS GUAJARDO”

DR. FRANCISCO MEDRANO LOPEZ
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL GENERAL
REGIONAL NUMERO 72
“LIC. VICENTE SANTOS GUAJARDO”

DR. JOSE ANTONIO ESPINDOLA LIRA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GERIATRÍA
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 72 “LIC. VICENTE SANTOS GUAJARDO”

DR. BERNARDO SANCHEZ BARBA
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GERIATRÍA
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 72 “LIC. VICENTE SANTOS GUAJARDO”

AGRADECIMIENTOS

A Dios por tantas bendiciones que me ha dado en la vida, por colocarme a las personas indicadas en los momentos adecuados y guiarme en estos 30 años.

A mi Mamá la cual a lo largo de mi vida mostro ser mi principal soporte, motivándome a siempre seguir adelante, mostrándome ese amor incondicional y nunca dejar que me rindiera.

A mi papá y a mi hermano por su apoyo.

A mis profesores: Dr. Espíndola que me enseñó que la medicina debe ser humana, comprensiva, satisfactoria y de tiempo completo, al Dr. Sánchez que nos enseñó de una manera “amable” como es la verdadera medicina basada en evidencias, a la Dra. León por mostrarnos lo tenaz, ordenado y disciplinado que debe ser un médico y no por último al Dr. Aguilar por su asesoría para completar este proyecto siempre rodeado de un ambiente de amabilidad.

A mi novia Brenda que me ha acompañado en la mayor parte de esta travesía, brindándome excelentes momentos de risas, aventuras, felicidad y amor.

Y a mis superiores por darme la oportunidad de ser jefe de residentes lo que me otorgo momentos de felicidad, amargura y una mejor visión de futuros proyectos.

A mi amiga Anita por la mejor amistad que un residente pueda tener y feliz por compartir tantos momentos.

A los amigos que dejé lejos estos 4 años por darme buenos momentos y unos excelentes memes.

INDICE GENERAL

Resumen	7
Marco Teórico.....	9
Antecedentes.....	17
Justificación.....	20
Planteamiento del problema.....	21
Pregunta de investigación.....	22
Objetivos.....	23
Hipótesis.....	24
Material y métodos.....	25
Aspectos éticos.....	37
Resultados	41
Discusión.....	46
Conclusiones.....	48
Referencias.....	49
Anexos.....	53

RESUMEN ESTRUCTURADO

TÍTULO: “ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y DESEMPEÑO FUNCIONAL EN PACIENTES CON DEPRESIÓN HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA”

Antecedentes: El envejecimiento es inevitable, inherente a cualquier individuo, se presenta un incremento de manera biológica y social de este, se estima una proyección del año 2000 y 2050 se considera que la población anciana pasara del 16.1% al 69% y la población de más de 80 años aumenta en relación con la edad. En un estudio observacional en pacientes sin deterioro cognitivo mayores de 75 años la incidencia de depresión fue de 36 por cada mil personas en hombres y 46 por cada mil en mujeres.

Existen pocos estudios que correlacionen calidad de vida con desempeño funcional en pacientes con depresión. Estudios previos concluyen de manera independiente que padecer depresión influye en el grado de dependencia funcional existen alteraciones negativas multidimensionales en la calidad de vida, en comparación con pacientes con tratamiento óptimo.

Objetivo: Asociar la calidad de vida y desempeño funcional en pacientes con depresión hospitalizados en el servicio de geriatría.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, en pacientes deprimidos hospitalizados en el servicio de Geriatría buscando la asociación de Calidad de vida y desempeño funcional, se utilizó los cuestionarios SF-36 e índice de Barthel respectivamente, de acuerdo con nuestro cálculo de muestra utilizando los recursos de ARIMAC se incluyó a 96 pacientes que cumplieron criterios de inclusión. Se utilizó prueba de Spearman para cálculo de resultados.

Resultados: Se tomaron en cuenta pacientes hospitalizados durante el periodo de Noviembre del 2018 a Enero 2019, se registró un total de 96 pacientes de los cuales el 64% fueron del género femenino, con una media de 74. Un 71% con Pluripatología de las cuales la más prevalente fue la Hipertensión arterial sistémica encontrada en el 57.3% seguida de diabetes mellitus en el 44.8%

El grado de desempeño funcional del paciente fue medido con la escala de Barthel se encontró un 31% y 21% Dependiente moderado y dependiente grave respectivamente. La calidad de vida se encontró se encontró en base al cuestionario SF-36 que el 44.8% Disfunción leve y 30.2% presenta disfunción moderada.

En relación con las variables ordinales de interés (prueba de Spearman) el desempeño funcional y calidad de vida, hubo asociación significativa.

Recursos y experiencia: El Servicio de Geriátría del HGR 72, cuenta con experiencia de 4 años en el manejo de pacientes geriátricos, así como con una infraestructura necesaria para atención y realización del proyecto de investigación.

Tiempo para desarrollar: se realizó entre el periodo noviembre del 2018 a enero del 2019.

MARCO TEORICO.

El envejecimiento es algo inevitable, inherente a cualquier individuo, se presenta un incremento de manera biológica y social de este, se estima una proyección del año 2000 y 2050 se considera que la población anciana pasara del 16.1% al 69% y la población de más de 80 años, del 1.9% al 4.2%, la incidencia de las enfermedades crónicas se aumenta con el envejecimiento, cada vez se hace más notable. ¹

Los síndromes geriátricos son condiciones de salud multifactoriales, resultado de un efecto acumulativo en múltiples dominios. La depresión es uno de los síndromes geriátricos con más repercusiones clínicas. Se caracteriza por la presencia de tristeza, perdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.²

La Organización Mundial de la Salud considera que la depresión es la cuarta causa de discapacidad actualmente y se predice que para el 2030 será la segunda causa a nivel mundial. Estudios epidemiológicos determinan una prevalencia de depresión en la comunidad del 12% al 20%, que asciende en pacientes hospitalizados hasta en un 29%. ³

La proporción de la población mundial con depresión en el año 2015 se estimó en un 4.4%, aproximadamente 322 millones de personas. Siendo más frecuente en mujeres (5.1%) que en hombres (3.6%). El número total estimado de personas que viven con depresión aumentó en un 18.4% entre el año 2005 y 2015.^{4,5}

La prevalencia del trastorno depresivo a lo largo de la vida en México es de 7.6%, equivalente a 9.5 millones de personas. El costo a la productividad por ausentismo y presentismo por trastorno depresivo es de aproximadamente 16 mil millones de pesos al año. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. ⁵

OMS define la funcionalidad como como una relación compleja o interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales, donde se implica la integridad funcional y estructural del hombre, actividades y participación por otra, culminados en la capacidad para realizar tareas o el desempeño en un entorno real, propiciado por factores ambientales y biológicos.⁶

La funcionalidad es un indicador de la salud poco estudiado, que manifiesta disregulación en la homeostenosis que puede ser reversible y dar oportunidad al clínico para para un manejo más oportuno⁷

Se ha encontrado que el impacto que cuenta la funcionalidad en el paciente anciano es primordial, debido a que en los pacientes que preservan mayor nivel de funcionalidad disminuirá el cuidado otorgado por los familiares, menor riesgos de enfermedades potencialmente mortales, mayor realización de actividad física, y en caso de los pacientes con limitación en las actividades básicas de la vida diaria como los son; el bañarse por su cuenta, el vestirse solo, contención de esfínteres a voluntad, desplazarse sin auxiliarse, alimentarse de manera autónoma y el uso del retrete, se presentan menor número de desenlaces adversos por cualquier causa, mayores costos sanitarios y se ve estrechamente relacionado con la coexistencia de otras entidades como los son los trastornos afectivos, el más estudiado la depresión y alteraciones en la autopercepción como lo son mala calidad de vida.⁸

A través de múltiples estudios se encuentra el deterioro funcional como predictor de mala evolución clínica y de mortalidad en pacientes ancianos siendo independiente de su diagnóstico. Las actividades esenciales para el autocuidado son actividades universales, se realizan en todas las latitudes y no están influidas ni por factores culturales ni por el sexo.⁹

Un aspecto importante es que su deterioro se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición durante el desarrollo en la infancia. Se miden mediante la observación directa.¹⁰

FISIOPATOLOGIA DE LA DEPRESION

La fisiopatología de la depresión no se comprende completamente, pero cuenta con un modelo multifactorial. El modelo de enfermedad de estrés-diátesis enfatiza que los antecedentes emocionales, sociales y ambientales significativos, como la pérdida de un miembro de la familia o una decepción romántica o profesional, así como las vulnerabilidades genéticas y adquiridas, están claramente involucrados.¹¹

Con episodios repetidos de enfermedad (inflamación), la disfunción del sistema nervioso central aumenta, como se manifiesta por hipercortisolemia, disminución del sueño de onda lenta (Fase 1,2) y aumento del sueño de movimiento ocular rápido (REM, 3) e interrupción de la neuroplasticidad.¹²

La inflamación ahora se considera otro mediador importante. Se encuentran altos niveles de biomarcadores inflamatorios en pacientes deprimidos y mejoran a medida que se resuelven los síntomas. El impacto bioquímico de la depresión puede almacenarse en las neuronas a través de cambios en la actividad de factores de transcripción genética y factores de crecimiento neuronal. Una ruta

final común es el desequilibrio bioquímico de aminas o neurotransmisores biogénicos (serotonina, norepinefrina, ácido gamma-aminobutírico [GABA] y dopamina) y sus relaciones con sus respectivos receptores en el cerebro. Los efectos potenciales sobre los neurotransmisores incluyen una síntesis alterada, un aumento de la descomposición y un aumento de la captación de la bomba, con las consiguientes alteraciones en los niveles de neurotransmisores.¹³

Esta comprensión cada vez más sofisticada de los fundamentos de la depresión pudiera algún día conducir a un tratamiento mejorado, pero por ahora los enfoques farmacéuticos para tratar la depresión implican la corrección de los niveles de neurotransmisores alterados y de las interacciones del receptor de neurotransmisores.^{14,15}

Los factores estresantes importantes parecen estar más frecuentemente involucrados con los episodios iniciales. En la depresión recurrente, la vulnerabilidad parece aumentar a medida que los episodios se vuelven cada vez menos relacionados con el estrés y más autónomos en un proceso conocido como kindling.¹⁵

DEPRESIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

La incidencia de la depresión aumenta en relación con la edad. En un estudio observacional en pacientes sin deterioro cognitivo mayores de 75 años la incidencia de depresión fue de 36 por cada mil personas en hombres y 46 por cada mil en mujeres. La incidencia se incrementa a 35.4 por cada mil entre los 75 y 79 años a 75.2 por cada mil en mayores de 85 años.¹⁶

Los factores de riesgo para depresión en e incluyen factores genéticos, condiciones médicas, declinación funcional, discapacidad, aislamiento social y estresores psicosociales. Afecta hasta el 10% de las personas mayores de 65 años llevando a deterioro en la calidad de vida, incremento en discapacidad, morbilidad y mortalidad comparado con las personas no deprimidas. Existe evidencia del incremento de mortalidad respecto a la severidad del cuadro depresivo. Si bien los antidepresivos ayudan en la mejoría de los síntomas, tienen un impacto equivoco en la mortalidad a largo plazo, en especial en las instancias finales de la vida.¹⁷

Como explicación se tiene 3 teorías, en la primera se menciona que el trastorno depresivo o su tratamiento pueden estar asociados en cambios fisiológicos dañinos que se extienden más allá de los síntomas y signos de la enfermedad y que no se normalizan con el tratamiento. Un ejemplo es la disminución en la variabilidad de la frecuencia cardiaca, el cual no mejora con el tratamiento

antidepresivo. Segundo, el adulto mayor con depresión se incluye en el grupo de personas con cuadros de recurrencia o con episodios depresivos crónicos lo cual lleva a una exposición repetitiva a los estresores y daño asociados. Tercero, es concebible que el exceso en mortalidad asociado a la depresión en edades avanzadas, el paciente además tenga comorbilidades y problemas físicos que disparen la cascada de síntomas y de complicaciones que resulten en la muerte.¹⁴ En estudios se ha observado que la mortalidad se eleva hasta 4 veces en los pacientes que se encuentran con un trastorno depresivo actual en comparación de los que nunca lo han presentado o lo tuvieron en el pasado.¹⁸

La depresión en pacientes adultos mayores es más heterogénea que en pacientes jóvenes. El primer paso para el manejo de la depresión es la detección temprana. Gallo et al describe que la depresión en el adulto mayor puede ser un fenómeno “depresión sin tristeza”. Se ha considerado una dificultad para diagnosticar depresión en el adulto mayor. A diferencia del joven, el adulto mayor tiene una presentación atípica. Las manifestaciones somáticas como pérdida de apetito, disminución de peso, fatiga y alteración del sueño pueden ser similares a aquellas manifestaciones relacionadas con otras enfermedades. El diagnóstico diferencial de depresión es delirium y deterioro neurocognitivo mayor. Los síntomas cognoscitivos pueden ser más prominentes y dificultar el diagnóstico de depresión.¹⁹

DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO

Las principales áreas de la cognición estudiadas en la depresión son: velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, funciones ejecutivas, atención, memoria y aprendizaje visual, cambio atencional, fluencia verbal y flexibilidad cognitiva. 10--. De manera general se cree que la cognición solo se ve afectada en la fase aguda de la depresión, pero esto no siempre ocurre así. El deterioro cognitivo persiste aún en estado de remisión.²⁰

Ya desde el primer episodio depresivo se detectan alteraciones en la cognición, las cuales en más de 70% son reversibles y sin presentar alteraciones en el desempeño de la funcionalidad, en población con episodios persistentes o recurrentes se ve incrementada de manera exponencial el riesgo de declives cognitivos progresivos.^{21,22}

EVALUACIÓN AFECTIVA

En 1983 Yesavage et al desarrollaron una escala psiquiátrica para diagnóstico de depresión en el adulto mayor, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés de Geriatric Depression Scale). La GDS ha sido ampliamente

estudiada, se han creado diversas versiones a partir de la original de 30 puntos, los puntos de corte que se proponen 5/6 para la versión de 15 ítems (GDS/15) y 10/11 para la de 30 ítems (GDS/30); que es la más ampliamente estudiada para paciente hospitalizado, tiene una sensibilidad de 84%.²³

Se trata de una herramienta validada en población mexicana, útil, rápida fácil y fiable, que permite detectar el riesgo de depresión en el adulto mayor. Hasta 75% de los adultos mayores pueden ser correctamente clasificados sin utilizar indicadores bioquímicos utilizando el cuestionario GDS.^{23,24}

Con la aplicación de la escala de Yesavage de 30 reactivos (GDS 30), uno de cada 8 mexicanos adultos mayores tiene síntomas de depresión mayor por lo que su detección y manejo es una alta prioridad. La misma prevalencia se encontró con una versión corta de 15 reactivos en una población de adultos mayores hispanos y no hispanos.²⁴

CALIDAD DE VIDA

La OMS define calidad de vida como la percepción individual de su posición en la vida en el contexto de los sistemas de cultura y valores en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno, que se manifiesta de manera multidimensional.²⁵

En 1996 surge como un nuevo término donde se incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, desarrollándose los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. También se menciona que se define como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.²⁶

Otros conceptos de Calidad de vida hacen alusión a un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva

de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades.²⁷

Calidad de vida contiene dos dimensiones principales: a) Una evaluación del nivel de vida basada en indicadores “objetivos”; b) La percepción individual de esta situación, a menudo equiparada con el término de bienestar (well-being). La calidad de vida es un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar y de las políticas sociales: materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos.^{27,28}

Existen herramientas para evaluar calidad de vida, como el cuestionario SF-36. Fue desarrollado en los noventa, en Estados Unidos. Es una escala que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos. Ha sido evaluada en más de 400 artículos, con validación en idioma español. Existe una versión reducida el SF12 que lo convierte en un instrumento útil para su uso en investigación y en la práctica clínica. Está compuesto por 36 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud. Para su puntuación SF 36 se encuentra ordenada de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud, 0 (el peor estado de salud) hasta 100 (el mejor estado de salud).²⁹

Se encontró en diversos estudios de seguimiento longitudinal, factores distintos que pueden influenciar en la calidad de vida, como un declive funcional, insatisfacción, eventos estresantes recurrentes, presencia de sintomatología atípica, dolor físico y dolor espiritual. Esta revisión concluyó que existe una asociación entre la gravedad de la depresión y peor calidad de vida en personas mayores, y se encontró que la asociación era estable durante tiempo, independientemente de qué instrumentos de evaluación para la calidad de vida se aplicaron. La falta de una definición del concepto multidimensional y multinivel QOL (quality of life) era común, y la gran variedad de los instrumentos de QOL en varios estudios dificultan la comparación directa entre los estudios.^{29,30}

Uno de los principales problemas que se han manifestado es la falta de una definición universal que abarque de manera multidimensional la calidad de vida y la existencia de amplia gama de instrumentos para su validación.³⁰

La salud mental se ha identificado como uno de los principales factores a estudiar en la calidad de vida, se estima que el 15% del total de las enfermedades que se manifiestan en el paciente anciano son trastornos mentales, siendo la depresión la más común, el grado de sufrimiento por esta entidad clínica es difícil de determinar pero al analizar el impacto en la calidad de vida se puede determinar de manera estimada.³¹

ASOCIACIÓN DE DEPRESION Y DESEMPEÑO FUNCIONAL

Los pronósticos publicados por la Comisión Europea muestran un amplio margen de personas que dependen de ayuda a largo plazo, ya que se espera que el riesgo de declive funcional sea del 30% al 100% en el año 2050. La promoción de la salud y las medidas para prevenir o reducir el deterioro funcional de las personas se proporcionan a través de un objetivo de política de salud pública a largo plazo. Esto hace que la identificación de grupos de riesgo sea una estrategia importante.^{32,33}

Además de la escala de Katz, para medir la funcionalidad e independencia de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), la independencia funcional medida y el puntaje de clasificación con el índice de Barthel (IB), se considera una evaluación de las ABVD internacionalmente estandarizada, herramienta que ha demostrado su validez en los últimos 50 años. El índice, se ha traducido a ocho idiomas, es principalmente utilizado en la atención aguda y en la rehabilitación de pacientes con accidente cerebrovascular, ya que sufrir un evento cerebral es la principal razón por la cual las personas mayores pierden su independencia en las ABVD.³⁴

La gran importancia del IB en la práctica, es que es simple, rápida y fácil de aplicar para evaluar las 10 actividades básicas de la vida diaria (alimentarse, aseo personal, bañarse, vestirse, control de heces, control de orina, uso del retrete, desplazarse, traslados y subir escaleras). El IB expresa el grado de independencia de una persona por medio de una puntuación total. La escala varía de cero (0) a 100, donde 0 significa dependencia total y 100 independencia completa en las dimensiones evaluadas. Se recomienda interpretar las puntuaciones de corte de IB: 100 puntos: Completamente independientes; 91-99 puntos dependencia leve; 61-90 puntos: dependencia moderada; 21-60 puntos: dependencia grave; < 20: dependencia total.^{34,35}

El declive funcional o abatimiento funcional, describe la pérdida de independencia en las ABVD o su deterioro. Las consecuencias de disminución funcional son: prolongadas estancias hospitalarias, institucionalización, readmisión hospitalaria, y

aumento de la mortalidad. Así, surge la pregunta de cómo evaluar o incluso medirla para poder identificar las medidas preventivas apropiadas.^{36,37}

La Organización Mundial de la Salud reconoce la depresión como causa de discapacidad. Los pacientes con depresión tienen 50% más gastos económicos y tres veces más riesgo de complicaciones que los pacientes no deprimidos. El diagnóstico temprano de depresión puede reducir el riesgo de suicidio y tener un beneficio económico para los servicios médicos al disminuir el tiempo de estancia.^{38,39}

ANTECEDENTES

En el 2014 Giebel realizo el estudio en el Reino Unido *Deterioration of basic activities of daily living and their impact on quality of life across different cognitive stages of dementia: a European study*; el cual tenía como objetivo determinar el impacto en la calidad de vida del paciente de acuerdo al grado del deterioro funcional secundario a la demencia, se utilizaron 1223 pacientes mayores a 65 años de una base de datos Europea RightTimePlaceCare, con diagnóstico previo de Demencia sin importar etiología o tratamiento previo, se les realizo cuestionario para valorar cognición con MMSE (Mini mental Folstein) y calidad de vida con QoL-AD. En los cuales se estadifico la demencia mostrando que a mayor grado de demencia por resultados del MMSE encontraban menores puntajes en test de calidad de vida, a su vez tenía repercusiones directas en la funcionalidad del. Como conclusión en los pacientes que tienen menor puntaje en MMST existe peor calidad de vida y mayor grado de limitación funcional en las actividades básicas de la vida diaria.⁴⁰

En el 2014 en Pakistan los autores Anwar y Moosa en su estudio *Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi, Pakistan* tuvo como objetivo determinar el grado de funcionalidad y realización de actividades físicas en población con diagnóstico de depresión se recabaron pacientes mayores de 60 años de ambos sexos, como método de estudio para graduar depresión se usó GDS y para la validación de la funcionalidad se analizaron la escala de actividades de la vida diaria. A lo largo del estudio se observó que en pacientes con al menos 310 min (> 5.2 h) por semana de actividad física tenían 60% menos probabilidades de estar deprimidos o puntajes menores a 12 puntos GDS, en comparación con aquellos que pasaron menos de 120 min (<2 h) por semana (OR ajustado = 0.4, IC 95% = 0.2-0.7) menos de 420 minutos de actividad física a la semanas, presentan GSD con valores mayores a 13 que se traducen como depresión Moderada y con la pérdida de 1 a 2 actividades básica de la vida. Como conclusión se encontró que existe una fuerte asociación entre depresión y el tiempo que se realiza actividad física y la capacidad de mantener de manera funcional el desempeño de actividades básicas de la vida diaria.⁴¹

En el año 2015 en España los autores Pintado M. y Villa P. en su estudio nombrado: *Mortalidad y estado funcional al año de pacientes ancianos con ingreso prolongado en una unidad de cuidados intensivos* conto como Objetivo buscar la mortalidad y situación funcional de pacientes con estancia mayor a 24 días se incluyeron 176 pacientes, 22 con una estancia mayor de 14 días. Los pacientes con estancias prolongadas no presentaron mayor mortalidad en UCI que los de

menor estancia (40,9% vs. 25,3%; $p = 0,12$), sobresale su mortalidad hospitalaria (63,6% vs. 33,8%; $p < 0,01$) y al año (68,2% vs. 41,2%; $p = 0,02$) fue superior. Como principal hallazgo se notó el relevante declive funcional al egreso hospitalario en comparación a los que tuvieron una estancia corta. Concluyendo que los pacientes mayores de 75 años ingresados en un servicio de UCI por más de 14 días no presentan aumento significativo en relación con la mortalidad, pero posterior al egreso se presentó declive funcional y mayor grado de dependencia.⁴²

En el 2012 Matzen y Lars en su estudio: *Functional level at admission is a predictor of survival in older patients admitted to an acute geriatric unit* se realizó el estudio en Dinamarca el cual tenía como objetivo determinar la Funcionalidad como predictor de Mortalidad incluyendo mayores de 65 años en total 5087 ambos sexos, se captaron desde su ingreso hospitalario, dando seguimiento hasta su defunción y se encontró relación entre menor grado de funcionalidad, menos a 60 puntos de 100 por índice de Barthel, menos meses de sobrevivida.⁴³

En el 2012 en el estudio realizado en China por Dan Li, para estudio de la prevalencia de los síntomas depresivos en población geriátrica se analizaron 81 publicaciones de 1987 al 2012 en los que se utilizó el GDS-30 como instrumento para diagnóstico de depresión con una muestra total de 88,417 adultos mayores encontrando que la prevalencia combinada de síntomas depresivos en población China ha alcanzado el 23.6% (IC 95%: 20.3-27.2%) y puede aumentar con tiempo; y la prevalencia iba en descenso a mayor nivel de educación y se encontraba aumento de la prevalencia con el incremento de año de la recolección de la muestra. Esta asociación ya se había demostrado en la cual presuntamente cada año se aumentó la prevalencia de esta enfermedad.⁴⁴

En el 2014 Eggermont LH publica el estudio: *Characteristics Associated with the Onset of Disability in Older Adults: The Maintenance of Balance, Independent Living, Intellect, and Zest in the Elderly Boston Study*, el cual tuvo de objetivo determinar factores que generan disminución de rendimiento físico, se incluyeron 634 adultos mayores de 65 años en comunidades urbanas y rurales a través de estudio de cohorte longitudinal con 18 meses de seguimiento. La discapacidad fue reportada por sí misma como cualquier dificultad en la movilidad y las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. El inicio de la dificultad de movilidad a los 18 meses se asoció con la distribución inicial del dolor: 7% (sin dolor), 18% (1 sitio), 24% (sitio múltiple) y 39% (dolor generalizado, valor P para tendencia <.

001). El dolor generalizado contribuyó a la disminución del rendimiento de la movilidad y limitación de las actividades de básicas e instrumentadas. Se encontraron asociaciones similares para la interferencia del dolor inicial que predice la disminución posterior de la movilidad y la discapacidad ABVD y AIVD. Se observaron asociaciones más débiles y menos consistentes con la gravedad del dolor. ⁴⁵

En el 2015 Heidi Sivertsen en su estudio: *Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review* se encontró que la depresión ha mostrado tener influencia negativa en el desempeño de la calidad de vida, en la se encontraron 11 estudios transversales y 9 estudios longitudinales de alta calidad de información los cuales reportaban asociación negativa entre calidad de vida y depresión. Concluyendo que a mayor presencia de síntomas depresivos los pacientes expresaban peor calidad de vida encontrado asociación directa entre la sintomatología y el descenso de la calidad de vida, además de encontrarse que la calidad de vida mejoraba en pacientes con síntomas depresivos remitidos en comparación a la depresión persistente.⁴⁶

JUSTIFICACION

El envejecimiento de la población es un tema prioritario en nuestra población y dentro de Instituto Mexicano del Seguro Social al igual que la salud mental, por su elevado impacto que uno de los apartados que contiene es el de la identificación de depresión, para con ello poder brindar tratamiento óptimo y de esta manera prevenir la discapacidad, dependencia y entre muchas otras comorbilidades que no sólo afectan al individuo, sino también a su familia. Se ha observado que la principal barrera a la hora de hablar de calidad de vida es la experiencia diaria de vivir con limitación de las actividades de la vida diaria y el aumento de la progresión de la dependencia funcional. Se sufre en estos casos una experiencia de involución que fácilmente puede afectar al autoconcepto de salud, al sentido de la vida y provocar estados o procesos depresivos crónicos, que a su vez limitaran más el desempeño funcional, teniendo un círculo vicioso.

Existen pocos estudios que correlacionen calidad de vida y funcionalidad en paciente con depresión. La gran mayoría de estudios analizan de manera individuales cada una de las variables, por la cascada de pluripatología, estrecha correlación de síndromes geriátricos y la similitud en la manifestación de la enfermedad se deberán de analizar en conjunto y al igual que la parte social, ambiental y biológica del paciente, por lo que este estudio aportará conocimiento nuevo.

A través de este protocolo de investigación se obtendrá un panorama más amplio acerca de las características sociodemográficas de los pacientes con depresión que puedan cursar con alteraciones en el desempeño funcional en el servicio de geriatría, así como el impacto que hay en la calidad de vida, para con ello fomentar el adecuado control de los síntomas en etapas previas a la discapacidad y dependencia del paciente, previniendo a su vez la cascada de pluripatología, lo anterior sustentado en el método científico. Beneficiándose de esta manera el paciente que al poder identificar y dar un tratamiento adecuado y disminuyendo la posibilidad de discapacidad temprana, lo que a su vez disminuye costos en atención médica y medicamentos tanto para el paciente como para el Instituto Mexicano del Seguro Social. El interés por la calidad de vida en la enfermedad proviene de la premisa que no basta con alargar la vida, ya que gran parte de los enfermos desea vivir, no meramente sobrevivir, al realizar un estudio de la calidad de vida se podrá detectar de manera anticipada las principales inconformidades de nuestros pacientes para realizar intervenciones oportunas y eficaces las cuales en algunos modelos gerontológicos de prevención ya se han demostrado. El nivel social y político adecuado ha mostrado interés en los últimos años el encontrar la relación entre reconocimiento de los propios derechos a participar y a ejercer su acción de control sobre los poderes públicos, preventivos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Magnitud.

Encontramos en nuestra población mayor a 60 años que el 8.5% (8 millones comprendido entre hombres y mujeres), cuentan con diagnóstico de depresión siendo el sexo femenino el más afectado, en nuestro servicio aproximadamente el 36% de los pacientes ingresan con diagnóstico de depresión, de estos el al menos el 40% cursan con alteración en el desempeño de sus actividades básicas.

Trascendencia

Hasta este momento al identificar a un paciente geriátrico con depresión hemos pasado por alto el impacto negativo que existe la calidad de vida, riesgo de deterioro cognitivo, abatimiento funcional, dependencia y aumento en la mortalidad global, observándolo como una enfermedad poco relevante, crónica e irremediable, desafortunadamente esto nos ha llevado a restarle importancia a realizar una intervención integral y oportuna. Por lo que una pronta evaluación mediante un instrumento sencillo, de bajo costo y con validez como es el GDS, es necesario para realizar una atención preventiva y posteriormente curativa en la atención del adulto mayor, antes que se presenten complicaciones.

Vulnerabilidad

En estudios previos que han estudiado a esta población se han implementado intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, para mejorar el grado de depresión, las cuales en las regresiones logísticas y resultados de los metaanálisis han mostrado tener relación positiva con la calidad de vida mostrando que en las intervenciones oportunas han mejorado los resultados de la calidad de vida y mostrado menor descenso de la funcionalidad, en lo que se propone que algunas intervenciones como la terapia conductual y el uso de antidepresivos, se asocian con menor dependencia funcionalidad menor grado discapacidad.

Factibilidad

El HGR 72 cuenta con un servicio de Geriatría, el cual atiende a pacientes mayores de 70 años, comprendiendo una unidad de agudos y otra de subagudos, como lo es hospital de día. En donde se realiza la valoración geriátrica integral y se evalúan los síndromes geriátricos, incluyendo depresión; así como la calidad de vida y desempeño funcional como parte de la atención integral del adulto mayor. Lo que hace que hace factible el protocolo.

Por lo que surge la siguiente:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación entre calidad de vida y desempeño funcional en pacientes con depresión hospitalizados en el servicio de geriatría?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Asociar la calidad de vida y desempeño funcional en pacientes con depresión hospitalizados en el servicio de geriatría.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con depresión, hospitalizados en el servicio de Geriatría.
- Determinar el grado de desempeño funcional de los pacientes adultos mayores con depresión, hospitalizados en el servicio de Geriatría.
- Medir el grado de calidad de vida en paciente con depresión, hospitalizado en servicio de Geriatría.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La mala calidad de vida se asocia a una dependencia total en pacientes con depresión hospitalizados en el servicio de geriatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO:

Servicio de Geriatría del HGR 72 “Dr. Vicente Santos Guajardo” de segundo nivel del IMSS, que pertenece a la Delegación Oriente del Estado de México y brinda atención a la población de las Unidades de Medicina Familiar: 60, 33, 95, 186, 59, 79 y 60. Se encuentra ubicado en la Vía Gustavo Baz, Esquina Filiberto Gómez sin número, colonia Industrial San Nicolás, Código postal: 54000, Tlalnepantla de Baz. Teléfono: 55659444.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de estudio:

Área del estudio

Clínica: El estudio se realizó directamente en el paciente derechohabiente durante su hospitalización. Aplicando el cuestionario SF-36 para medir la calidad de vida y el Índice de Barthel para medir la dependencia funcional.

Fuente de datos.

Primaria. -La información se obtuvo directamente del paciente al aplicar el cuestionario SF-36 e Índice de Barthel al paciente deprimido hospitalizado.

Recolección de la información.

Transversal. -El estudio consistió en realizar una sola medición del fenómeno, ya que se realizaron los cuestionarios en una sola ocasión.

Medición del fenómeno en el tiempo.

Prolectivo -El estudio se realizó posterior a plantear el problema en este protocolo de investigación.

Control de las variables.

Observacional. -Se realizó la evaluación de los resultados del cuestionario sin alterar las variables solo se realizó la medición de la calidad de vida y dependencia funcional.

Fin o propósito.

Análítico. -Es un estudio en el que se analizó la asociación entre el desempeño funcional y la calidad de vida.

UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los pacientes adultos mayores a 70 años deprimidos atendidos en el HGR 72, de acuerdo con el reporte diario de paciente tenemos un estimado global durante 1 año de 1600 pacientes con diagnóstico de depresión utilizando los criterios del DMS-5.

La unidad corresponde a segundo nivel de atención, pertenece a la delegación oriente del Estado de México y brinda atención a la población de las Unidades de Medicina Familiar: 60, 33, 95, 186, 59 y 79. Se encuentra ubicado en la Vía Gustavo Baz, Esquina Filiberto Gómez sin número, colonia Industrial San Nicolás, Código postal: 54000, Tlalnepantla de Baz. Teléfono: 55659444.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para obtener un margen de error del 5%, con un nivel de confianza del 95% y una variabilidad del 5%, el tamaño de la muestra es de 90.65 pacientes.

Para calcular la muestra se utilizó la fórmula de Murray y Larry donde:

$$n = \frac{Z\alpha^2 * N * p * q}{i^2 (N - 1) + Z\alpha^2 * p * q}$$

n: tamaño de la muestra.

N= Tamaño de la población donde se realizará el estudio.

Z = Nivel de confianza para generalizar los estudios. De acuerdo con el nivel deseado el valor de z es de 1.96 para 95% y $Z\alpha$ 2.58 para 99% de confianza.

p= prevalencia esperada del parámetro a evaluar.

q= 1- p

p= 0.5 y q= 0.5 cuando no se conoce la distribución del fenómeno.

i= el error que se espera cometer, si es 10% e= 0.1

La técnica de muestreo será no probabilística por conveniencia.

N= al número de pacientes con depresión hospitalizados en el servicio de geriatría que es de 1600 pacientes.

$$n = \frac{(1.96)^2 * 1600 * 0.5 * 0.5}{(0.1)^2 (1600 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{3.8416 * 1600 * 0.5 * 0.5}{0.01 * 1599 + 3.8416 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{1536.64}{15.99 + 0.9604}$$

$$n = 90.6550$$

TÉCNICA DE MUESTREO

SELECCIÓN NO ALEATORIA: Muestreo por conveniencia. Únicamente se captaron pacientes durante el mes de noviembre 2018 a enero 2019.

GRUPO DE ESTUDIO

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores a 70 años hospitalizados en servicio de Geriatría con diagnóstico de depresión utilizando los criterios del DSM-5.
- Género femenino o masculino.
- Pacientes con valoración clínica y que firme carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con delirium.
- Pacientes que se encuentren en proceso de muerte o agonía.
- Secuelas neurolingüísticas que limiten la expresión verbal.

Criterios de eliminación:

- Cuando el paciente lo solicite.
- Pacientes con evaluación incompleta.

DEFINICIÓN VARIABLES

Variable Dependiente: Calidad de Vida.

Variable Independiente: Desempeño funcional

CUADRO DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medición o categorías.
VARIABLE INDEPENDIENTE					
Desempeño funcional.	Capacidad de la persona para realizar en forma autónoma actividades de autocuidado que le prodigan bienestar. Se utilizará el Índice de Barthel, que valora la capacidad de: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras.	Habilidad de una persona para realizar una tarea o acción. Se determinará mediante la entrevista de acuerdo con la escala Barthel con un puntaje de: 0-100. Mediante el llenado de formulario auto aplicado o en su defecto personal capacitado	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Dependiente leve • Dependiente moderado • Dependiente grave • Dependiente total

VARIABLE DEPENDIENTE						
Calidad de vida	de	Según la OMS se define calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.	<p>Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa. El Cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud más utilizados. Se clasificará de acuerdo a predominio de respuestas positivas, regulares o negativas de acuerdo a su percepción de salud, se estratificará</p> <p>Menor a 0-30% Mala Calidad de vida.</p> <p>40-70% Moderada calidad de vida.</p> <p>80-100% Buena calidad de vida.</p>	Cualitativo	Ordinal	<p>0-30% Mala Calidad de vida.</p> <p>40-70% Moderada calidad de vida.</p> <p>80-100% Buena calidad de vida.</p>
VARIABLES CONFUSORAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS						

Edad.	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento de la evaluación	La que se documente en el expediente clínico	Cualitativa.	Ordinal.	1)70 a 79 años, 2)80 a 89 años, 3)90 a 99 años 4) Más de 100 años.
Género.	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Características físicas para distinguir al hombre de la mujer. Se determinará mediante el llenado de formulario auto aplicado o en su defecto personal capacitado.	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer.
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Se determinará mediante el llenado de formulario	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Unión libre Divorciado

	de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	auto aplicado o en su defecto personal capacitado.			Viudo.
Escolaridad	Conjunto de educación que un estudiante siguen en un establecimiento docente.	De acuerdo con la secretaría de educación pública en México, analfabeta es aquella persona que no recibió instrucción escolar; escolaridad básica incluye a los individuos con educación preescolar, primaria o secundaria; escolaridad media a aquellos con bachillerato o profesional técnico, escolaridad alta a aquellos que acudieron a la universidad o posgrado. Se determinará mediante el llenado de formulario auto aplicado o en su defecto personal capacitado.	Cualitativa	Nominal	Analfabeta Básica Media Alta.

MÉTODOS, TÉCNICAS O PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Instrumento	Descripción	Validación
Cuestionario SF-36	<p>Utilizada para determinar la calidad de vida desde 1978, la cual ha mostrado en comparación a otras escalas mayor especificidad. Se ha usado desde población mayor a 15 años hasta población de 90 años en pacientes hospitalizados y en domicilio. Es la escalar con mayor uso en ensayos clínicos a nivel Latinoamérica para determinar y graduar la calidad de vida,</p> <p>Este instrumento se mide con 10 preguntas que desglosan la calidad de vida a través de función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, otorgando valores nominales que se cuantificaran al final de la encuesta</p>	<p>Especificidad 81.0 Sensibilidad 71.4 %</p> <p>Las pruebas estadísticas de confiabilidad muestran un Coeficiente de Cronbach con un rango de 0.56 a 0.84</p> <p>Validada en México por Zúñiga en 1999 con población entre 18 a 64 años con 257 pacientes, con el objetivo de cuantificar calidad de vida, en población sana y con multimorbilidades.</p> <p>Se ha aplicado esta escala en población mexicana, principalmente del centro del país, derechohabientes del IMSS con mayor tendencia a población mayor a 50 años, en los protocolos que se ha realizado previamente en nuestra sede se ha valorado la calidad de vida con esta escala.</p>

MÉTODOS, TÉCNICAS O PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Instrumento	Descripción	Validación
Índice de Barthel	<p>Diseñada por Mahoney y Barthel en 1955 y desde entonces es utilizada para medir la capacidad individual de realizar las actividades básicas de la vida diaria.</p> <p>Originalmente se utilizó para evaluar la capacidad funcional de pacientes con discapacidad especialmente con accidente vascular cerebral</p> <p>Las actividades que valora son comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micciones, usar el retrete, trasladarse, deambular.</p> <p>Se realiza de manera directa o indirecta.</p> <p>El rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos, a menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia.</p>	<p>Buena reproductibilidad inter e intraobservador (0.88 y 0.98).</p> <p>Validado en Latinoamérica en 2002, México 2005 con una población mayor a 1500, con paciente desde 50 años a 90 años.</p> <p>Sus primeras aplicado como parte del protocolo de valoración geriátrica. Ha sido manejada como criterio de eficacia de los tratamientos y actuaciones de los profesionales sanitarios.</p> <p>Esta escala se ha utilizado de manera internacional con adecuados resultados, en nuestro país se utilizado recurrentemente, tanto de manera clínica, pronostica y para trabajos de investigación.</p>

METODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS

Se obtuvo con la aplicación de las escalas ya validadas en los formatos ya establecidos además son escalas que se realizan de manera ordinaria en nuestro servicio y fueron supervisadas por el investigador responsable el cual verificó la adecuada aplicación y la consignación de los datos.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MÉTODO DE ESTUDIO

Se sometió a valoración del comité local en salud y por parte del comité de ética e investigación y ya dictaminado se realizó.

En el servicio de Geriátrica se verificó que los pacientes contaran con criterios de inclusión y se descartaron aquellos pacientes que contaban con cualquiera de los criterios de exclusión, posteriormente se les invitó a participar en el protocolo, explicándole ampliamente el motivo y objetivo del protocolo, se resolvieron dudas y una vez hecho esto, se le otorgó hoja del consentimiento informado para ser firmada, el investigador principal, recabó los datos, se realizó la entrevista, mientras el investigador responsable supervisó todo el proceso.

La selección se realizó mediante muestreo no aleatorio por conveniencia. Se estableció desempeño funcional de cada uno de ellos mediante la escala de Barthel. Se determinó la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36. Los antecedentes se tomaron del expediente clínico, y todo lo anterior se plasmó en la hoja de captura de datos. Seguidamente al Análisis de resultados mediante el programa SPSS y posteriormente se realizó la redacción final.

PLAN DE ANÁLISIS

Se realizó el análisis mediante estadística descriptiva; para las variables cualitativas (edad, género, estado civil, escolaridad) se calcularon frecuencias y porcentajes y se crearon tablas para variables sociodemográficas y clínica y se representó en gráficas de barras.

Debido a que se buscó la asociación entre dos variables ordinales, utilizamos prueba de Spearman, la cual se representó en gráfica de dispersión.

Ho: No existe asociación entre calidad de vida y desempeño funcional en pacientes con depresión hospitalizados en Servicio de Geriatría.

H1: Si existe asociación entre calidad de vida y desempeño funcional en pacientes con depresión hospitalizados en Servicio de Geriatría.

Nivel de significancia $5\%=0.05$.

- a) Elección de prueba estadística: Spearman.
- b) Estimación de p -valor.

Toma de decisión: $p < 0.5$ entonces rechazamos la hipótesis nula.

Los resultados fueron recabados durante el proceso de investigación por medio de cuestionarios, captado en Microsoft Access 2016 y se empleará para su análisis el paquete estadístico computarizado SPSS (*Statistical Program for Social Science*) versión 20.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

Así mismo el presente estudio se apega a las consideraciones formuladas en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki y su modificación de Tokio, informe de Belmont, Ley general de salud en materia de investigación para la salud y a la NOM-012-SSA3.

Código de Núremberg

Este protocolo de investigación cumple con lo propuesto Código de Núremberg el cual fue resultado del juicio al que fueron sometidos médicos tras la II Guerra Mundial acusados de realizar experimentos atroces con seres humanos, publicado el 20 de agosto de 1947, ya que se firmará un consentimiento informado voluntario. La investigación busca la asociación entre calidad de vida y desempeño funcional en pacientes deprimidos hospitalizados. La investigación ha de realizarse con la finalidad de obtener resultados para el bien del paciente. Dicha investigación se realizará por un grupo calificado que cuenta con experiencia referente a estos temas. En caso de que se solicite, se podrá abandonar el estudio en cualquier fase del mismo.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989. De acuerdo con esta declaración nuestra preocupación será por el bienestar de los seres humanos con primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, en la parte de referencia se incluyen citadas de manera ordenadas las fuentes para el sustento del protocolo. Este protocolo de investigación hará referencia a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta declaración.

Se tomarán toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del

investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarnos que el individuo ha comprendido la información, se obtendrá, por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

Informe Belmont

Basados en el trabajo de la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de Comportamiento (1974-1978) bajo la publicación "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación" esta investigación se basará en los tres principios éticos.

Se tratará con respeto a los participantes, protegiendo su autonomía y solicitando consentimiento informado de su representante legal para su participación en la investigación. Se acata también al principio de beneficencia, considerando no hacer daño a ningún participante y al principio de justicia, dando derecho de participación a todos los pacientes que cumplan con criterios de inclusión para la investigación.

Ley General de Salud en materia de investigación para la salud

Según el decreto donde se informa acerca de las disposiciones de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud publicada en 1984, con reforma en 2014. Como se reglamenta los artículos 13 y 16 siendo una investigación con riesgo mínimo, ya que será un estudio observacional, Prolectivo, transversal, descriptivo, en dónde se obtendrán los datos a través de la aplicación hoja de captura de datos y expediente clínico.

Con mención en el artículo 17 de la Ley general de Salud este protocolo es considerado como investigación en categoría II con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

En lo normado en el artículo 20 se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

De acuerdo a lo normado en el artículo 21 y 22 de la Ley general de salud se realizará a todo los involucrados en la investigación un consentimiento informado, en el apartado I se menciona que será elaborado por el investigador principal, revisado por la comisión ética de la institución, indicará los nombre y direcciones de dos testigos, su relación con los sujetos de investigación y firma. En caso de no poder plasmar la firmar se hará valida la impresión de su huella digital. Extenderemos por duplicado, quedando una copia con el sujeto de investigación y otra a nuestro expediente.

Conforme a los establecido en la Ley General de Salud, Titulo Quinto: Investigación para la salud, Capitulo Único, Artículo 100, con el título: Investigación en seres humanos, se realizará este protocolo y se desarrollará conforme a las siguientes bases:

NOM-012-SSA3-2012

Se establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. El investigador no deberá implementar ninguna desviación o cambios al protocolo sin previo acuerdo del investigador responsable y una revisión y aprobación favorable del Comité de Ética en Investigación, excepto en caso de peligro inmediato a los sujetos del estudio. Presentará al Comité de Ética en Investigación resúmenes escritos del estatus del estudio. Normatividad y requisitos de la investigación clínica en humanos en México o con mayor frecuencia si así se solicita. Si el estudio se termina o suspende prematuramente por cualquier motivo, el investigador deberá informar rápidamente a los sujetos del estudio, asegurar un tratamiento y un seguimiento apropiado para estos e informar al Comité de Ética en Investigación.

RECURSOS HUMANOS

Investigador principal:

Alumno: Fuentes Rivera Alan

Análisis de expediente clínico y elección de los pacientes para la realización de escalas y entrevista al cuidador.

Investigador responsable:

Dr. Sánchez Barba Bernardo.

Revisión de captura de los resultados y revisor metodológico de la investigación.

Asesor Metodológico:

Dr. Aguilar Salas Ismael.

Apoyó en el análisis estadístico y la validación de los resultados.

RECURSOS MATERIALES:

Se requirió el ingreso hospitalario del paciente al servicio de geriatría, Hojas bancas, lápices, plumas, sacapuntas, corrector, plumas, goma, engrapadora. Así como computadora para la captura de datos en el programa SPSS 20, Calculadora, fotocopidora, impresora.

RECURSOS FINANCIEROS:

Los proporcionados por el IMSS y el investigador.

FACTIBILIDAD:

No requirió financiamiento externo y no implicó un costo adicional a la unidad, este protocolo fue posible realizarlo en la unidad de agudos del servicio de Geriatría.

RESULTADOS

Resultados en relación con los pacientes.

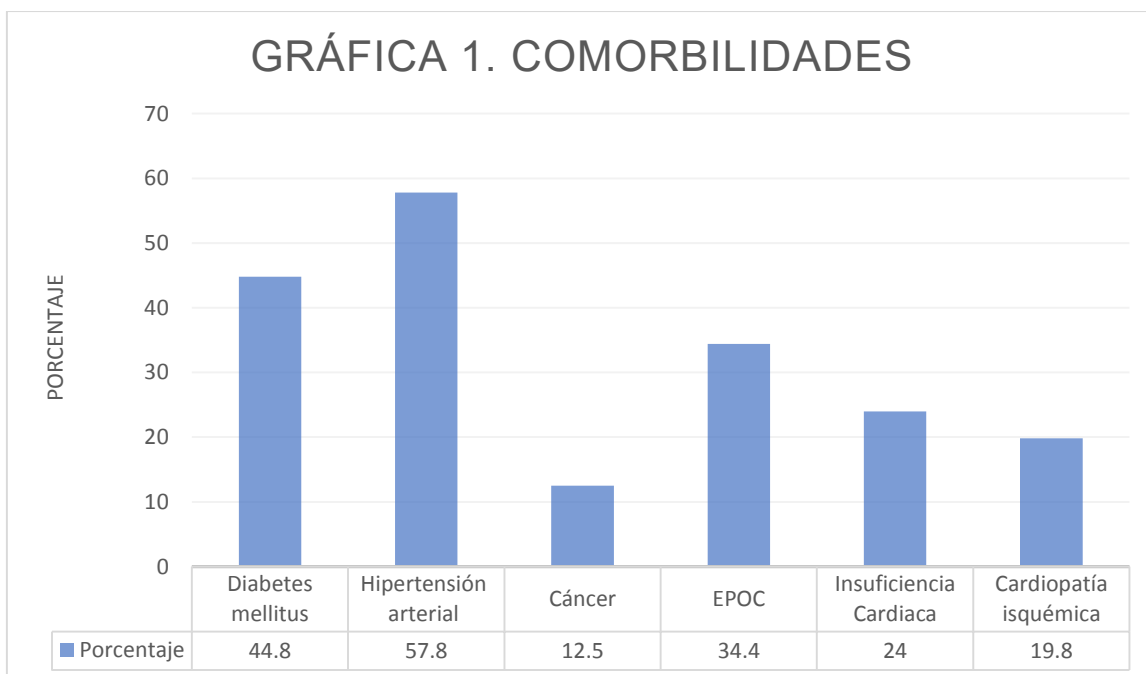
Se tomaron en cuenta pacientes hospitalizados durante el periodo de Noviembre del 2018 a Enero 2019, se registraron un total de 96 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión; de los cuales el 64% fueron del género femenino, 46% entre el grupo de edad de 70 a 79 años con una media de 74 años con una desviación estándar de .75 años.

En cuanto a las variables sociodemográficas el 40% de los pacientes con estado civil de viudez y 37% casados. El 40% de los participantes con escolaridad básica como se observa en la tabla 1.

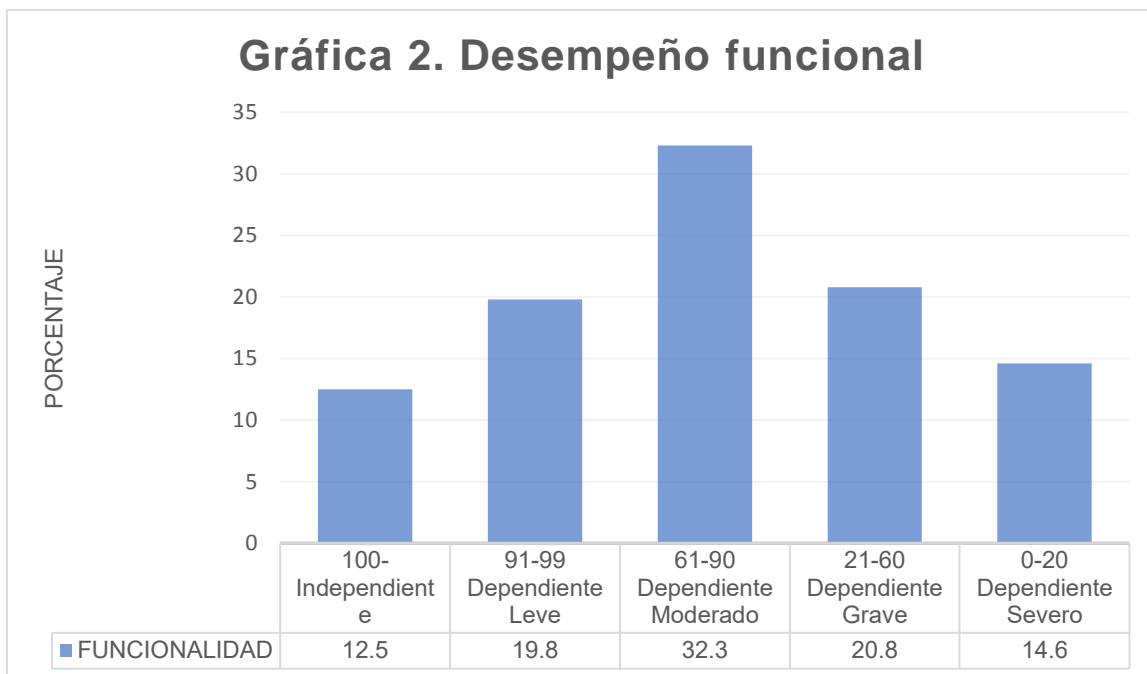
TABLA 1. Distribución de variables sociodemográficas		
	n	% (N=96)
EDAD		
70 a 79 años	46	47.9
80 a 89 años	30	31.3
90 a 99 años	20	20.8
GÉNERO		
Masculino	32	33.3
Femenino	64	66.7
ESTADO CIVIL		
Soltero	5	5.2
Casado	37	38.5
Unión Libre	11	11.5
Divorciado	3	3.1
Viudo	40	41.7
ESCOLARIDAD		
Analfabeta	12	12.5
Básica	40	41.7
Media	28	29.2
Alta	16	16.7

En cuanto a las variables clínicas encontramos al 71% con Pluripatología de las cuales la más prevalente fue la Hipertensión arterial sistémica encontrada en el 57.3% seguida de diabetes mellitus en el 44.8% como se observa en la Tabla 2 y gráfica 1.

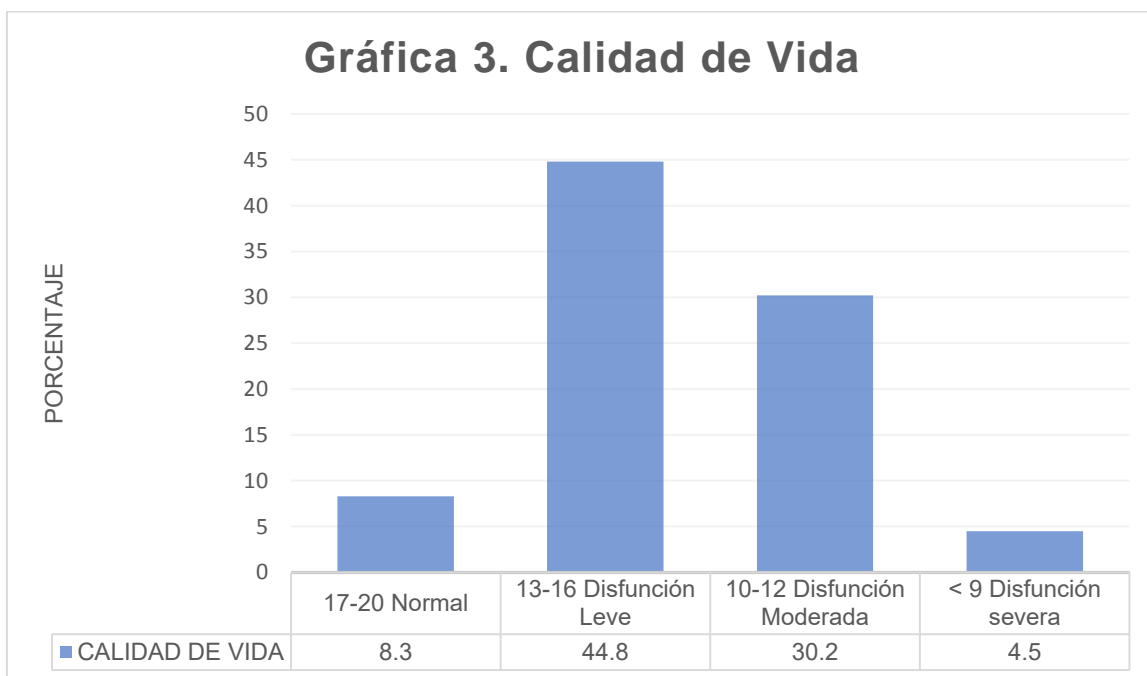
TABLA 2. Distribución de variables clínicas		
	n	% (N=96)
Pluripatología		
Si	69	71.9
No	27	28.1
Diabetes Mellitus	43	44.8
Hipertensión arterial sistémica	55	57.3
Cáncer	12	12.5
Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica	33	34.4
Insuficiencia Cardiaca Congestiva	23	24
Cardiopatía isquémica	19	19.8



El grado de desempeño funcional del paciente fue medido con la escala de Barthel se encontró un 31% y 21% Dependiente moderado y dependiente grave respectivamente como se observa en la gráfica 2.



En cuanto a la valoración de la calidad de vida se encontró en base al cuestionario SF-36 que el 44.8% Disfunción leve y 30.2% Disfunción moderado como se observa en la gráfica 3.



CORRELACIONES

En relación con las variables ordinales de interés (prueba de Spearman) el desempeño funcional y calidad de vida, hubo asociación significativa, como se muestra en la tabla 3.

TABLA 3. Correlación de variables de interés.				
			DESEMPEÑO FUNCIONAL	CALIDAD DE VIDA
Rho Spearman	DESEMPEÑO FUNCIONAL	Coeficiente de correlación.	1.000	0.782
		Sig.		0.000
		N	96	96
	CALIDAD DE VIDA	Coeficiente de correlación	0.782	1.000
Sig.		0.000		
N		96	96	

** La correlación es significativa en el nivel 0.01

CORRELACIÓN DE OTRAS VARIABLES DE INTERÉS CON SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA

			Diabetes Mellitus	Hipertensión Arterial
Rho Spearman	Pluripatología	Coeficiente de correlación.	0.517	0.350
		Sig.	0.000	0.002
		N	96	96

			Pluripatología	Diabetes mellitus
Rho Spearman	Hipertensión arterial sistémica	Coeficiente de correlación.	0.350	0.312
		Sig.	0.000	0.002
		N	96	96

			Pluripatología	Hipertensión arterial sistémica	Enfermedad Pulmonar Obstructiva
Rho de Spearman	Diabetes Mellitus	Coeficiente de correlación.	0.517	0.312	0.255
		Sig.	0.000	0.002	0.012
		N	96	96	96

			Pluripatología	Cardiopatía isquémica
Rho de Spearman	Insuficiencia cardiaca	Coeficiente de correlación.	0.243	0.272
		Sig.	0.017	0.007
		N	96	96

			Enfermedad Pulmonar Obstructiva	Desempeño funcional	Calidad de Vida
Rho de Spearman	Enfermedad Pulmonar Obstructiva	Coeficiente de correlación.	1.000	0.390	0.267
		Sig.		0.000	0.008
		N	96	96	96
	Desempeño funcional	Coeficiente de correlación	0.390	1.000	0.782
		Sig.	0.000		0.000
		N	96	96	96
Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	0.267	0.782	1.000	
	Sig.	0.008	0.000		
	N	96	96	96	

DISCUSIÓN

La Hipótesis de trabajo fue aceptada debido a que se encontró significancia estadística en la correlación de variables de interés.

La depresión es más frecuente conforme aumenta la edad lo cual ha sido evidenciado en múltiples proyectos con poblaciones muy ambiciosas como en el estudio de Warren D. del 2014¹, sin embargo, los resultados que se obtuvieron en este proyecto fue un predominio de la población de más corta de edad un 46% se encontraban 70 a 79 años con una media de 74 años.

Respecto al género se ha encontrado mayor prevalencia en mujeres de acuerdo a las bases fisiológicas esto es compatible y llamando la atención la escolaridad encontrando cierto grado de discordia entre nuestro resultado y lo esperado en estudios globales, en el hospital donde se realizó el estudio la principal población es de escolaridad baja, esto podría justificar esta notable presentación en escolaridades bajas o analfabetas.

Así mismo se encontró de manera significativa la asociación entre Pluripatología e Hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus encontrándose en un 57% y 44.8% y siendo significativamente estadístico con $p= 0.01$.

En la población anciana se encuentra incremento significativo de las comorbilidades y en esta muestra de pacientes la más prevalente fue la Hipertensión arterial sistémica la cual en estudios internacionales ha mostrado junto a la Diabetes Mellitus y EPOC incrementar el riesgo relativo de padecer depresión y aumentar su grado de severidad.

La Hipertensión arterial se encontró relacionada con la Diabetes Mellitus, a su vez estas dos comorbilidades no se encontraron con relación significativa con las variables de interés o el resto de sociodemográficas.

En relación con la dependencia funcional se demostró a que menor funcionalidad mayor repercusión en la calidad de vida en la población anciana con diagnóstico de depresión.

El resto de las variables socio demográficas no mostro ser significativa, la alteración en la calidad de vida no correlaciona con algunas comorbilidades como Diabetes Mellitus, Cáncer, Insuficiencia cardiaca, siendo significativa la relación con EPOC existen estudios multicéntricos como en los cuales ya se había demostrado esta asociación, en la validación del cuestionario SF-36, el 23% de la

población eran pacientes con diagnóstico de EPOC mayores a 60 años con predominio en disfunción moderada de su calidad de vida.

CONCLUSIONES

La Hipótesis de trabajo fue aceptada debido a que se encontró significancia estadística en la correlación de variables de interés.

En cuanto al desempeño funcional evaluado con escala de Barthel en pacientes con depresión se encontró que hasta un 67.7% de los pacientes tienen dependencia moderada, grave o severa.

Respecto a la calidad de vida solo un 8.3% de los pacientes con depresión refirieron calidad de vida normal, el resto tuvo disfunción leve, moderada y hasta un 4.5% de los pacientes refirió disfunción severa.

Dentro de las variables clínicas, se encontró que más del 50% de los pacientes tienen pluripatología, las entidades que más se relacionaron con esto fueron Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial.

La comorbilidad que se relacionó con significancia estadística con las variables de interés Calidad de Vida y Desempeño funcional fue la Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica.

REFERENCIAS

1. Warren D. Depression in the elderly. *N Eng J Med*. 2014; 361:1228-1236.
2. Massimo D, Quality of life: an important element of treatment value. *Lancet*. 2017;18(2) 1557-1558.
3. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL) Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*. 1995; 41(10):1403-1409.
4. Kovves V. The European study of epidemiology of mental disorders/mental health disability: a European assessment in the year 2000. *Int J. Methods Psychiatr Res*. 2002;11(2):55-67.
5. Boeker H, Schulze J, Richter A. Sustained cognitive impairments after clinical recovery of severe depression. *Psychol Med*. 2012; 200(9):773-776.
6. Vieira E, Brown E, Raue P. Depression in older adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 2014; 37(1): 24-30.
7. Lacko E, Knapp S. Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism cost across eight diverse countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(11):1525-1527.
8. OECD, *Reviews of Health Systems: Mexico 2016*, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris 2016 4-18.
9. Segovia Díaz de León, M. G.; Torres Hernández, E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero, *GEROKOMOS* 2011; 22 (4): 162-166
10. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía Clin* 2011; 72 (1): 11-16
11. Chen Y, Bennet D. Patterns and correlates of major depression in Chinese adults: a cross-sectional study of 0.5 million men and women. *Psychol Med*. 2017;47(5):958-970.
12. Daniel, B. D., Montali, A. Cognitive Impairment and its Associations with the Path of Illness in Affective Disorders. *Journal of Psychiatric Practice*. 2013; 19(4): 275–287.

13. Miller A. Inflammation and its discontents: The role of cytokines in the pathophysiology of major depression. *Biological Psychiatry*. 2012;65(9):732-741.
14. Bora E, Harrison B, Yücel M. Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2013;43(10):2017-2026.
15. McIntyre R, Cha D. Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates and treatment interventions. *Depression and anxiety*. 2013;30(6):515-527.
16. Mezuk B, Edwards L. Depression and frailty in later life: a synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011; 1:1-14.
17. Arslantas D, Ünsal A. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in middle anatolia. *Geriatr Gerontol Int*. 2014;14(1):100-108.
18. Borson S. Cognition, aging, and disabilities: conceptual issues. *Physical Medicine and rehabilitation clinics of North America*. 2010;21(2):375-382.
19. Snow C, Abrams R. The indirect cost of late-life depression in the United States: A literature review and perspective. *Geriatrics* 2016:1-30.
20. Ratcliffe M. The phenomenology of depression and the nature of empathy. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2013; 17 (2): 269-280.
21. Min J, Aishire J, Crimmins E. Social engagement and depressive symptoms: do baseline depression status and type of social activities make a difference?. *Age and Ageing*. 2016; 45 (6): 838-843.
22. Boeker H, Schulze J, Richter A. Sustained cognitive impairments after clinical recovery of severe depression. *Psychol Med*. 2012;200(9):773-776.
23. Yesavage J, Brink T. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiatr Res*. 1983;17(1)37-49.
24. Cantú Y, Rivera M, Favela E. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. *Guía de Práctica Clínica*, 2011.

25. Sivertsen H, Hanevold G. Depression and quality of life in older persons: a review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015; 40:311-339.
26. Naughton M, Shumaker S. The case for domains of function in quality of life assessment. *Qual Life Res*. 2003;12(1):73-80.
27. Barcelos R, Yoshio E. quality of life and physical activity associated to lower prevalence of depression in community-dwelling elderly subjects from Sao Paulo. *Journal of Affective Disorders*.2013;150:616-622.
28. Mishra N, Kumar A. A study on correlation between depression, fear of fall and quality of life in elderly individuals. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2017;4(5):1456-1460.
29. Rizzoli R, Reginster J, Arnal J et al. Quality of life in Sarcopenia and frailty. *Calcified Tissue International*. 2013; 93 (2): 101-120.
30. Gerino Eva. Quality Of Life In The Third Age: A Research On Risk And Protective Factors. - *Social and Behavioral Sciences*. 2015; 187: 217 – 222.
31. The global economic burden of non-communicable diseases. *Foro Económico Mundial*, Ginebra, 2011.
32. Cruz D, Emmel ML. Associations among occupational roles, independence, assistive technology, and purchasing power of individuals with physical disabilities. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013; 21: 484-491.
33. Flores M. Funcionalidad y autopercepción de la salud en adultos mayores con fracturas. *Psicología y Salud*. 2015;25:191-200.
34. Galeoto G, Lauta A, Palumbo A. The Barthel Index: Italian Translation, Adaptation and Validation. *Int J Neurol Neurother* 2015; 2:1-7.
35. Hartigan I. A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people. *Int J Older People Nurs*. 2007;2(3):204-12.
36. Trigás M, Ferreira L. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicla Clin* 2011; 72 (1): 11-16

37. Majoge V. Decreasing Hospital Length of Stay: Effects on Daily Functioning in Older Adults JAGS. 2017; 1: 1-6.
38. Wade D, Colin C. Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index. Occasional Paper. 1993; 59(24):1-6.
39. Zapata H. Autopercepción de la salud en adultos mayores y desenlaces en salud física, mental y síndromes geriátricos en Santiago de Cali. Rev Salud Pública. 2015;17(4):589-602.
40. Giebel C, Sutcliffe C. Deterioration of basic activities of daily living and their impact on quality of life across different cognitive stages of dementia: a European study. Int Psychogeriatr. 2014; 26(8):1283-93.
41. Bhamani M. Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi, Pakistan. Asian J. Psychiatry. 2014; 14:46-51.
42. Pintado M, Villa P. Mortalidad y estado funcional al año de pacientes ancianos con ingreso prolongado en una unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva. 2016;40(5):289-297.
43. Matzen, Lars E. Functional level at admission is a predictor of survival in older patients admitted to an acute geriatric unit. BMC geriatrics. 2012;12:25-32.
44. Dan Li A, Da-jun Z. A meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms in Chinese older adults. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2014; 58:1-9.
45. Eggermont LH, Leveille SG, Shi L, et al. Pain characteristics associated with the onset of disability in older adults: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the Elderly Boston Study. J Am Geriatr Soc. 2014;62(6):1007-16.
46. Sivertsen H, Hanevold G. Depression and quality of life in older persons: a review. Dement Geriatr Cogn Disord. 2015; 40:311-339.

ANEXOS

 <p>IMSS <small>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</small></p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
<p><i>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</i></p>	
Nombre del estudio:	<i>ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y DESEMPEÑO FUNCIONAL EN PACIENTES CON DEPRESIÓN HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA</i>
Patrocinador externo (si aplica):	<i>No aplica.</i>
Lugar y fecha:	<i>HGR 72, Filiberto Gómez sin número colonia industrial. Tlalnepantla de Baz, Estado de México diciembre 2018.</i>
Número de registro:	<i>R-2018-1402-025</i>
Justificación y objetivo del estudio:	<p><i>Debido a que la depresión es una enfermedad muy común en las personas de edad mayor y normalmente afecta la calidad de vida y el desempeño diario de los pacientes que la padecen queremos usar este estudio para encontrar la asociación entre padecer depresión y continuar siendo una persona independiente y saber cómo esto a la calidad de vida.</i></p> <p><i>Conocer la asociación la calidad de vida y desempeño funcional en pacientes con depresión hospitalizados.</i></p>
Procedimientos:	<i>Se realizarán 2 cuestionarios para conocerlo de manera más amplia y poder realizar la valoración completa.</i>
Posibles riesgos y molestias:	<i>Se tardará de 10-15 minutos en contestarlo en los cuales se podrá sentir un poco incomodo por las preguntas personales, al igual podrá despertar un sentimiento de tristeza al sentir que su calidad de vida se pueda ver afectada.</i>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<i>Identificar las áreas de problema y poder intervenir de manera más específica. Con fines de disminuir a futuro su dependencia y conocer en estos momentos que tan buena es su calidad de vida. Poder realizar ayudas oportunas en rehabilitación física y mental.</i>
Posibles beneficios que recibirá al egreso del estudio.	<i>Conocer las enfermedades asociadas, riesgos y prevenciones que puedan tener al padecer depresión.</i>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<i>Posterior a la realización de los cuestionarios se notificará al personal de salud a cargo para normar intervenciones para mejorar síntomas del ánimo y de la función física.</i>
Participación o retiro:	<i>El paciente será libre de salir en el momento que lo desee sin que exista ninguna represalia en su atención médica.</i>
Privacidad y confidencialidad:	<p><i>Se realizará la encuesta en su cubículo en donde no se contará ninguna persona ajena, se tendrá que bajar la voz baja para que los demás pacientes no se enteren de su vida.</i></p> <p><i>Se realizarán las encuestas por personal médico capacitado colocando en cada encuesta únicamente número de folio, sin agregar nombre número de seguridad social o algún otro dato que lo pueda identificar para mantener el anonimato.</i></p>
<i>En caso de colección de material biológico (si aplica):</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>No autoriza que se tome la muestra.</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</i>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si	<i>No aplica</i>

aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
<p><i>Conocer cual fue su resultado de los cuestionarios y la interpretación de estos. Después se le ofrecerán recomendaciones de salud por parte del equipo médico.</i></p>	
<p><i>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</i></p>	
Investigadores	Dr. Fuentes Rivera Alan. Adscripción: Médico Residente del HGR 72. Servicio de Geriatría. Matrícula: 97153768 Teléfono: 33 35 98 13 98 Correo electrónico: sslv_357@hotmail.com
Principal	Dr. Bernardo Sánchez Barba. Adscripción: HGR 72. Medicina Interna y Geriatría.
Investigador responsable	Matrícula: 97152710 Teléfono: 55 18 31 32 46 Correo electrónico: drsanchezbarba@gmail.com
Investigador asociado	Dr. Ismael Aguilar Salas Adscripción: División institucional de cuadros básicos de insumos para la salud. Matrícula: 10835393 Teléfono: 55 15918857 Correo electrónico: ismael.aguilar@imss.gob.mx
<p><i>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Tel (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico : comision.etica@imss.gob.mx</i></p>	
<p>_____</p> <p>Nombre y firma del sujeto</p>	<p>_____</p> <p>Dr. Fuentes Rivera Alan. Adscripción: Médico Residente del HGR 72. Servicio de Geriatría. Matrícula: 97153768 Teléfono: 33 35 98 13 98 Correo electrónico: sslv_357@hotmail.com</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>_____</p> <p>Testigo 1</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____</p> <p>Testigo 2</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
<p><i>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</i></p>	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRÍA.

“ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y DESEMPEÑO FUNCIONAL EN PACIENTES CON DEPRESIÓN
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA”

HOJA DE CAPTURA DE DATOS

Fecha _____ 2018

Nombre _____ NSS _____
 Edad ⁽¹⁾ _____ 70 a 79 años ^(1,0) () 80 a 89 años ^(1,1) () 90 a 99 años ^(1,2) () Más de 100 años ^(1,3) ()
 Género ⁽²⁾ Hombre ^(2,0) () Mujer ^(2,1) ()
 Estado Civil ⁽³⁾ Soltero(a) ^(3,0) () Casado(a) ^(3,1) () Unión libre ^(3,2) () Divorciado(a) ^(3,3) () Viudo(a) ^(3,4) ()
 Escolaridad ⁽⁴⁾ Analfabeta ^(4,0) () Básica ^(4,1) () Media ^(4,2) () Alta ^(4,3) () ¿Más de cuatro años? Si () No ()

**Escolaridad básica: Preescolar, primaria y secundaria; Escolaridad media: Bachillerato y profesional técnico; Escolaridad alta: Universidad y posgrado.

¿Tiene algún criterio de exclusión? Si () No ()

**Exclusión: No acepta participar, delirium, paciente agónico.

Pluripatología ⁽⁶⁾ Si ^(6,0) () No ^(6,1) ()
 Diabetes Mellitus () Hipertensión Arterial () Cáncer ()
 EPOC () ICC () Cardiopatía isquémica ()

**Comorbilidad, dos o más patologías previas.

Desempeño funcional ⁽⁷⁾ Barthel _____/100
 Total 0-20 ^(7,0) () Severa 21-60 ^(7,1) () Moderada 61-91 ^(7,2) () Escasa 91-99 ^(7,3) () Independiente 100 ^(7,4) ()

Calidad de Vida ⁽⁸⁾
 SP-36 _____/20
 Normal 17-20 ^(8,0) () Disfunción leve 13-16 ^(8,1) () Disfunción moderada 10-12 ^(8,2) () Disfunción severa ≤9 ^(8,3) ()

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72.
SERVICIO DE GERIATRÍA. “ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y DESEMPEÑO FUNCIONAL EN
PACIENTES CON DEPRESIÓN HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA”

INDICE DE BARTHEL PARA DESEMPEÑO FUNCIONAL.

Baño/Ducha		
Independiente	Se baña completo en ducha o baño. Entre y sale del baño sin ayuda, ni ser supervisado.	5
Dependiente	Necesita ayuda o supervisión.	0
Vestido		
Independiente	Capaz de ponerse y quitarse la ropa, amarrarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos sin necesitar ayuda.	10
Ayuda	Necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable sin ayuda.	5
Dependiente	Necesita ayuda para la mayoría de las tareas.	0
Aseo personal		
Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, lavarse los dientes, maquillarse y afeitarse.	5
Dependiente	Necesita alguna ayuda para alguna de estas actividades.	0
Uso del retrete (taza de baño)		
Independiente	Usa el retrete o taza de baño. Se siente, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.	10
Ayuda	Necesita ayuda para mantener el equilibrio sentado, limpiarse, ponerse o quitarse la ropa.	5
Dependiente	Necesita ayuda completa para el uso del retrete o taza de baño.	0
Uso de escaleras		
Independiente	Sube o baja escaleras sin supervisión, puede utilizar el barandal o bastón si lo necesita.	10
Ayuda	Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.	5
Dependiente	Es incapaz de subir y bajar escaleras, requiere de ascensor o de ayuda completa.	0
Traslado cama-sillón		
Independiente	No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas se traslada a la cama independiente.	15
Mínima ayuda	Incluye supervisión o una pequeña ayuda para el traslado.	10
Gran ayuda	Requiere de una gran ayuda para el traslado (de una persona fuerte o entrenada), es capaz de permanecer sentado sin ayuda.	5
Dependiente	Requiere de dos personas o una grúa de transporte, es incapaz de permanecer sentado.	0
Desplazamiento		
Independiente	Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto un andador. Si utiliza prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	15
Ayuda	Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión por otra persona (física o verbal) o utiliza andador.	10
Independiente en silla de ruedas	Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros, sin ayuda ni supervisión.	5
Dependiente	No camina solo o no propulsa su silla solo.	0
Control de orina		
Continente	No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, es capaz de atender solo su cuidado.	10
Incontinencia ocasional	Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.	5
Incontinente	Episodios de incontinencia con frecuencia más de una vez en 24 horas. Incapaz de manejarse solo con sonda o colector.	0
Control de heces		
Continente	No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se los administra solo.	10
Incontinente ocasional	Episodios ocasionales una vez por semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios.	5
Incontinente	Más de un episodio por semana.	0
Alimentación		
Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada o servida por otra persona.	10
Ayuda	Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo.	5
Dependiente	Depende de otra persona para comer.	0
		___ / 100

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL 72
SERVICIO DE GERIATRÍA.

“ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y DESEMPEÑO FUNCIONAL EN PACIENTES CON
DEPRESIÓN HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA”

Nombre: _____ NSS: _____ Fecha: _____

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF36.

Debería de llenar el cuestionario en base a la opción que se acerque a su realidad.

Ítem	Puntuación
<p>1. ¿En general usted diría que su salud es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 =Excelente • 4= Muy buena • 3 = Buena • 2= Regular • 1= Mala 	
<p>2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual comparada a la de hace un año:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 = Mucho mejor ahora que hace un año. • 4= Algo mejor ahora que hace un año. • 3 = Mas o menos igual que hace un año. • 2= Algo peor ahora que hace un año. • 1= Mucho peor ahora que hace un año. 	
<p>3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿Le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?</p> <p>A. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco. 3. No, no me limita nada. <p>B. Esfuerzos moderados: Como mover una mesa, pasar la aspiradora, barrer, trapear, lavar, jugar a los bolos o caminar más de una hora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco. 3. No, no me limita nada. <p>C. Cargar o llevar la bolsa de las compras del mercado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco. 3. No, no me limita nada. <p>D. Subir varios pisos por la escalera.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco. 3. No, no me limita nada. 	

<p>E. Subir un solo piso por la escalera.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco. 3. No, no me limita nada. <p>F. Agacharse o arrodillarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco. 3. No, no me limita nada. <p>G. Caminar más de 10 cuadras</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco. 3. No, no me limita nada. <p>H. Caminar varias cuadras</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco. 3. No, no me limita nada. <p>I. Caminar una cuadra</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco. 3. No, no me limita nada. <p>J. Bañarse o vestirse por sí mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco. 3. No, no me limita nada. 	
<p>4. Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias.</p> <p>A. Durante el último mes. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si. • No. <p>B. Durante el último mes ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si. • No <p>C. Durante el último mes ¿Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades cotidianas a causa de su salud física?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si. • No <p>D. Durante el último mes ¿Tuvo dificultad para realizar su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, requirió mayor esfuerzo?) a causa de su salud física.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si. • No 	

<p>5. Durante el último mes ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?</p> <p>A ¿Ha reducido el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste o deprimido o nervioso)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si. • No <p>B. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa a causa de algún problema emocional (como estar triste o deprimido o nervioso)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si. • No <p>C. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste o deprimido o nervioso)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si. • No 	
<p>6. Durante el último mes ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada • Un poco • Regular • Mucho • Demasiado 	
<p>7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo en el último mes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada • Muy poco • Poco. • Moderado • Mucho • Demasiado. 	
<p>8. Durante el último mes ¿Hasta qué punto el dolor le han dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de la casa y las tareas domésticas)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada • Muy poco • Poco. • Moderado • Mucho • Demasiado. 	
<p>9. Las siguientes preguntas se refieren a como se ha sentido durante el último mes. En cada pregunta responda lo que le parezca más a como se ha sentido usted.</p>	

<p>A. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Casi nunca. • Nunca. <p>B. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Casi nunca. • Nunca. <p>C. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo se sintió tan decaído que nada podía animarle?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Casi nunca. • Nunca. <p>D. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Casi nunca. • Nunca. <p>E. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Casi nunca. • Nunca. <p>F. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Casi nunca. • Nunca. <p>G. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre 	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Casi nunca. • Nunca. <p>H. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Casi nunca. • Nunca. <p>I. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Muchas veces • Algunas veces • Casi nunca. • Nunca. 	
<p>10. Durante el último mes ¿Con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre. • Algunas veces • Casi nunca • Nunca 	
<p>10. Por favor, diga si le parece CIERTA O FALSA cada una de las siguientes frases:</p> <p>A. Creo que me pongo enfermo mas fácilmente que otras personas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente cierta 2. Cierta 3. No lo sé 4. Falsa 5. Totalmente falsa. <p>B. Estoy tan sano como cualquiera.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente cierta 2. Cierta 3. No lo sé 4. Falsa 5. Totalmente falsa. <p>C. Creo que mi salud va a empeorar</p>	

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Totalmente cierta2. Cierta3. No lo sé4. Falsa5. Totalmente falsa. | |
|--|--|

D. Mi salud es excelente.

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Totalmente cierta2. Cierta3. No lo sé4. Falsa5. Totalmente falsa. | |
|--|--|