



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADOS SUBDIVISION DE MEDICINA
FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD ACADEMICA
Unidad de Medicina Familiar No. 47**

León, Gto

**“Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en La Unidad de Medicina Familiar
No. 28 Romita, Guanajuato”**

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

Presenta

Dra. Irma Fabiola Mata Arellano

Registro de autorización: R-2017-1005-44

León, Guanajuato, Mayo 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.

Presenta

Dra. Irma Fabiola Mata Arellano

Asesores:

Dra. María del Carmen Hernández Jasso
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Medico
Generales IMSS. UMF 47 León, Gto

Dra. Mayra Tanivet López Carrera
Asesor de Tesis y Coordinador Auxiliar de Investigación en Salud
UMF 47 León, Gto

Dra. Alicia Camacho Guerrero
Coordinador Auxiliar Medico de Educación
Delegación Guanajuato

Dra. Beatriz Marlene Alba Pimentel
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional
Delegación Guanajuato

**“Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en La Unidad de Medicina Familiar
No. 28 Romita, Guanajuato”**

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

Presenta

Dra. Irma Fabiola Mata Arellano

AUTORIZACIONES:

Dr. Juan José Mazón Ramírez
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Dr. Geovani López Ortiz
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Dr. Isaías Hernández Torres
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

RESUMEN

“Prevalencia De Depresión en el Adulto Mayor en La Unidad De Medicina Familiar No. 28 Romita, Guanajuato”

Antecedentes: La depresión es el trastorno mental más frecuente en todo el mundo, la OMS calcula que afecta a 300 millones de personas en el mundo, ha ido incrementado a 18% de incidencia desde 2005 al 2015. La prevalencia de depresión en adultos mayores en países en vías de desarrollo es de 7 a 36% en pacientes ambulatorios y de cerca de 40% en hospitalizados. En México, García-Peña reporto prevalencia de depresión de 13% en pacientes ambulatorios, con predominio en sexo femenino. La depresión constituye un síndrome geriátrico correlacionado con otros como precipitante o consecuencia de estos. Es la principal causa de discapacidad y contribuye de forma importante a la carga mundial general de morbilidad. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede causar un gran sufrimiento y alterar actividades laborales, escolares y familiares.

Objetivo: Determinar la Prevalencia De Depresión En El Adulto Mayor En La Unidad De Medicina Familiar No. 28 Romita, Guanajuato.

Material y Métodos: Realice un estudio Observacional, transversal, prospectivo, descriptivo. Aplicando encuesta de registro de datos socio-demográficos realizados en forma ex profesa. Se aplicará el instrumento de Yesavage de 15 items. Los resultados se capturarán en Excel y se analizarán con estadística descriptiva.

Recursos: Cuestionarios impresos, material de papelería, computadora, software estadístico.

Infraestructura: En La Unidad De Medicina Familiar No. 28 Romita, Guanajuato.

Tiempo de realización: Noviembre 2017 a febrero 2018 recolección de datos.

Experiencia de los investigadores:

Dra. Mayra T. López Carrera, Asesora de tesis. Dra. María del Carmen Hernández Jasso, Asesora de tesis. Dra. Irma Fabiola Mata Arellano, Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.

Índice General

1. Resumen	4
2. Índice General	5
3. Título	6
4. Marco teórico	7
5. Justificación	13
6. Planteamiento del problema	14
7. Hipótesis	15
8. Objetivos generales y específicos	16
9. Material y Métodos: Tipo de estudio, lugar y tiempo	17
10. Tamaño de la muestra, Criterios de selección, Criterios de Inclusión, Criterios de Exclusión y Criterios de Eliminación	18
11. Variables	19
12. Recolección de datos: Método e Instrumento de recolección de datos	20
13. Procedimiento de recolección de datos y Análisis Estadístico	21
14. Recursos	22
15. Aspectos éticos	23
16. Resultados	24
17. Discusión	28
18. Conclusiones	30
19. Referencias bibliográficas	31
20. Anexos	33

**“Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en la Unidad De Medicina Familiar
No. 28 Romita, Guanajuato”**

Marco Teórico

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.¹

Se expresa mediante tristeza profunda, vacío existencial, auto culpa y soledad, este padecimiento se puede presentar en niños, adolescentes, adultos y ancianos y es más frecuente en mujeres.²

Afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotilidad de las personas, su fisiopatología es por la unión de la serotonina a los receptores 5HT, el cual con el envejecimiento disminuye lo que ocasiona mayor susceptibilidad a desarrollar la depresión, ya que ocasiona alteraciones neurológicas, hormonales e inmunológicas de esta manera favorece el aumento del tono simpático, disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales, la hipersecreción de hormona liberadora de corticotropina y la no supresión del cortisol lo que hace sea favorable para el desarrollo de la depresión, otras causas que disminuyen los neurotransmisores son las infecciones subclínicas o la reactivación de virus latentes en el cerebro.³

La depresión es el trastorno mental más frecuente en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y ha ido incrementado a 18% de incidencia desde el 2005 al 2015.

Es la principal causa de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.

Puede convertirse en un problema de salud muy serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar un gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares.⁴

Esta se considera de gran importancia no solo para el sistema de salud, sino también para la sociedad, la prevalencia de este trastorno es variable según cada país, así pues, el National Comorbidity Survey Replicación Americano observo que un 16.2 % de las personas presentaron depresión mayor en algún momento de su vida (prevalencia-vida), y un 6.6% en los últimos 12 meses (prevalencia año).⁵

Según la Organización Mundial de la salud para el año 2020 señala que el mayor problema de salud serán las enfermedades mentales estando en primer lugar la depresión, desplazando a patologías como el cáncer o enfermedades cardiovasculares esto en países en vías de desarrollo los cuales carecen de políticas de salud enfocadas a los adultos mayores.⁶

Las personas con depresión presentan tasas elevadas de comorbilidad y mortalidad. La relación entre depresión y enfermedades físicas y mentales, así como con el abuso de sustancias y conducta suicida es considerable. La relación entre estas patologías y la

depresión es compleja, ya que la depresión predispone a su padecimiento y al mismo tiempo la presencia de las mismas incrementa la probabilidad de tener depresión.⁵

Las causas de la depresión son varios factores o una combinación de los mismos que pueden contribuir a desarrollarla como los genes: en donde las personas con una historia familiar de depresión pueden ser más propensas a desarrollarla que aquellas cuyas familias no padecen la enfermedad. Las personas mayores que padecieron de depresión en la juventud corren un riesgo mayor de desarrollarla más adelante en su vida que aquellos que no padecieron la enfermedad.

Otros factores son la química del cerebro y el estrés como por ejemplo la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa o cualquier situación estresante que desencadene la depresión.^{5,6}

Hay varias formas de depresión entre las más comunes se encuentran:

Depresión grave: con síntomas severos que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. Algunas personas puede que experimenten solo un episodio durante el transcurso de su vida, pero con más frecuencia una persona puede padecer múltiples episodios.

Trastorno distímico o distimia: con síntomas depresivos que duran mucho tiempo (2 o más años) pero que son menos severos que los de la depresión grave.

Depresión secundaria: es similar a la depresión grave y a la distimia, pero los síntomas son menos severos y pueden durar menos tiempo.⁵

Básicamente los síntomas de la enfermedad depresiva se manifiestan en tres áreas: afectiva, somática y cognitiva.⁷

La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida, los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6.6 % de la discapacidad total en este grupo etario y aproximadamente un 15 % de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental.⁸

La depresión es frecuente en las personas de edad avanzada; sin embargo, generalmente se pasa por alto, esta va asociada normalmente a afecciones físicas, como cardiopatías, hipertensión, diabetes o dolor crónico; a acontecimientos vitales difíciles, como la pérdida de la pareja; y a una disminución de la capacidad para hacer cosas que antes se podían hacer.¹

El término envejecimiento se refiere a un proceso de cambios a medida que pasan los años en el transcurso de la vida y en sentido estricto se diría que es todo lo que sucede en el organismo desde el momento de la fecundación.

Si se habla de “vejez” o senescencia de los individuos, se enfatiza a los cambios que se presentan después de alcanzar un pico máximo de desarrollo. Un límite arbitrario definido por la Organización Mundial de la Salud se refiere al hecho de vivir más allá de los 60 años.

Por otro lado, el envejecimiento poblacional o demográfico es un proceso que evidencia la velocidad del cambio en la estructura por edades de una población. Las últimas épocas en la evolución mundial se han caracterizado por cambios acelerados en los índices de natalidad y de mortalidad, dando como resultado que aumente el número de personas mayores de 60 y más años de edad.

Este envejecimiento poblacional es en sí mismo, un fenómeno complejo con consecuencias económicas, sociales, políticas y del sector salud, representando uno de los mayores desafíos para el país.⁹

El concepto adulto mayor presenta un uso relativo reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos personas de la tercera edad y ancianos. En tanto el adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras los adultos que antecede al fallecimiento de la persona.²

El número de personas que en el mundo rebasa la barrera de los 60 años aumento en el siglo XX de 400 millones en la década de los 50 a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1200 millones de ancianos.¹⁰

La Organización Mundial de la Salud estima que entre 2015 y 2050 la población mundial mayor de 60 años se multiplicara casi por dos pasando del 12 % al 22% ósea de 900 a 2000 millones de personas.⁸

La prevalencia de depresión en adultos mayores en países en vías de desarrollo es de 7 a 36% en pacientes ambulatorios y de cerca de 40% en hospitalizados.

En México, García-Peña reporto prevalencia de depresión de 13% en pacientes ambulatorios, con predominio en el sexo femenino. La depresión constituye un síndrome geriátrico que se correlaciona con otros como precipitante o como consecuencia de estos.¹¹

Más de un 20% de estas personas que sobrepasan los 60 años de edad sufren algún trastorno mental siendo la demencia y depresión los más comunes. La depresión afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5.7 % de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores.⁸

Este aumento en el número de los senescentes determina, sin embargo, una indiscutible relevancia de enfermedades que son características de la llamada tercera edad. En este proceso o etapa involutiva el terreno es propicio para que sean más frecuentes los trastornos psiquiátricos y que se caracterice esta etapa como de un mayor riesgo por el incremento de la invalidez y el deterioro progresivo, que asociados a circunstancias sociales o familiares adversas desencadenen enfermedades como la depresión.

La depresión del anciano no es bien conocida. La mayoría de los trabajos sobre etiología y tratamiento de los trastornos afectivos se efectúa en la población joven, vivir muchos años implica vivir siendo viejo y este fenómeno, a su vez, supone un aumento de las discapacidades físicas, mentales, sociales y funcionales que pueden incidir en la presencia de alteraciones afectivas.¹⁰

En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores.⁸

La depresión en la vejez, además de afectar a la calidad de vida del paciente, lo sitúa en mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo, depresión inmunológica y diversas enfermedades subyacentes. Constituye un problema geriátrico frecuente que afecta a 10 % a 13% de los adultos mayores que viven en la comunidad.¹²

Si es leve se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

Es una falsa creencia considerar que los ancianos se depriman; cuando un anciano se deprime, a veces se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión en las personas mayores, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para estos y para su familia.¹³

Para las personas mayores que experimentan depresión por primera vez en una etapa tardía de la vida, la depresión puede estar relacionada con cambios que suceden en el cerebro y cuerpo a medida que la persona madura.

Cabe señalar también que la depresión es un problema común entre las personas mayores, pero no es una etapa normal del envejecimiento.

La depresión también puede coexistir con otras enfermedades médicas como la diabetes, el cáncer, enfermedades cardíacas y Parkinson. La depresión puede hacer que estas empeoren o viceversa.⁵

En ancianos tiene serias implicaciones, generando un incremento en las tasas de morbilidad, deterioro y ajuste social, además de una mortalidad más temprana y mayor tasa de hospitalizaciones.

Es así como la depresión geriátrica se presenta de forma heterogénea, debido a que su etiología solo puede explicarse a partir de diversos mecanismos patogénicos de orden biológico y psicosocial, en ocasiones a causa del deterioro físico y sensorial propio del envejecimiento.¹⁴

Por lo tanto, diremos que la depresión es un trastorno psiquiátrico incapacitante y frecuente en la edad adulta asociado a un incremento de la mortalidad y con un efecto

negativo en el funcionamiento y bienestar de los ancianos. Tiende a su cronificación y cursa con recaídas y recurrencias.

Respecto a las variables clínicas y sociodemográficas asociadas a la depresión en la vejez, la edad es un factor controvertido, ya que, aunque existe un mayor riesgo con la mayor edad, este es concomitante con los mayores problemas de salud.

Existe una gran coincidencia en los estudios en señalar una mayor frecuencia en mujeres, personas sin pareja y con un menor nivel educativo, asociados al incremento del riesgo de depresión en ancianos.

Respecto a los temas sociales, la depresión se asocia con un mayor aislamiento social en la población geriátrica, mientras que, por el contrario, los ancianos que viven con sus familiares tienen mayores contactos sociales, puntuando significativamente mejor en salud física, mental y emocional. Asimismo, la realización de actividades constituye un efecto protector frente a la posible aparición de síntomas depresivos.

De los datos económicos, destacar que el cese involuntario de la actividad laboral incrementa el riesgo de depresión en personas mayores de 50 años, mientras que el cese normativo tiene un efecto beneficioso en la salud general. Por otra parte, existen datos consistentes de que la prevalencia de depresión es mayor entre las personas con menores ingresos.

Finalmente, la presencia de depresión aceleraría el proceso de envejecimiento disminuyendo la satisfacción y la calidad de vida.¹⁵

Hasta la fecha no existe un marcador biológico diagnóstico adecuado de depresión; del objetivo depende la herramienta a utilizar para hacer el diagnóstico, determinar su gravedad o evaluar la respuesta al tratamiento.¹¹

El diagnóstico preciso de un trastorno depresivo en cualquier población, exige una cuidadosa evaluación clínica. No obstante, en estudios epidemiológicos y servicios clínicos no especializados, las escalas para tamizaje muestran razonables propiedades psicométricas en la identificación de posibles casos.

Los datos sugieren que es importante conocer el comportamiento psicométrico de un instrumento, antes de considerar el uso rutinario como prueba de identificación de posibles casos; sin embargo, frecuentemente, se recomienda en forma errónea la aplicación de una escala con base en las características psicométricas que presento en otra población.¹⁶

Existen múltiples instrumentos de evaluación de trastornos mentales que pueden facilitar la identificación de casos o probables casos de depresión, resultando de utilidad clínica, aunque en ningún momento deben sustituir al juicio clínico, que será el que confirme el diagnóstico.

La mayoría de las escalas y recomendaciones de entrevista para el estudio de la depresión, no deberían ser aplicadas en los ancianos porque no están adaptadas para ellos, lo que puede favorecer que se detecten un excesivo número de falsos positivos.

Una de las escalas más utilizadas en la actualidad en población anciana es el cuestionario Geriatric Depression de Yesavage (GDS), escala también recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Se trata de una escala auto aplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (si/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión.¹⁷

Esta escala tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con este patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado con una primera versión 30 ítems.

Posteriormente, se publicó una versión más corta con 15 ítems (GDS-15) que ha mostrado su utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones.

La GDS-15 muestra similar desempeño psicométrico en diferentes estudios, con valores de consistencia interna entre 0.76 y 0.89 ¹⁶. Con 10 respuestas positivas y 5 negativas que solo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva.

Aunque algunos autores han encontrado una correlación positiva, pero insuficiente, entre la versión corta y la larga ($r=0.66$), en otros trabajos la correlación encontrada fue superior al 0.80 y con datos de sensibilidad y especificidad equiparables entre las dos versiones.¹⁷

Se han realizado varias versiones y distintas adaptaciones al castellano, tanto para la versión original de 30 ítems como para la versión abreviadas de 15 ítems. Las cuales cuentan con su validación por la Organización Mundial de la Salud.¹⁸

Entonces es necesario decir que la depresión en el adulto mayor es tratable en 65 a 75% de los casos y requiere un manejo integral con combinación de fármacos y psicoterapia, su tratamiento mejora la calidad de vida y la capacidad funcional; el alivio de los síntomas ocurre en dos a seis semanas de iniciado el tratamiento antidepressivo.

Pero para todo esto es necesario hacer el correcto y temprano diagnóstico y no pasar por alto la edad del paciente.¹¹

Justificación

La depresión es el trastorno mental más frecuente en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y ha ido incrementado a 18% de incidencia desde el 2005 al 2015.

La depresión en la vejez, además de afectar a la calidad de vida del paciente, lo sitúa en mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo, depresión inmunológica y diversas enfermedades subyacentes. Constituye un problema geriátrico frecuente que afecta a 10 % a 13% de los adultos mayores que viven en la comunidad. Puede convertirse en un problema de salud muy serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar un gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares.

Esta se considera de gran importancia no solo para el sistema de salud, sino también para la sociedad, la prevalencia de este trastorno es variable según cada país, así pues, el National Comorbidity Survey Replicación americano observo que un 16.2 % de las personas presentaron depresión mayor en algún momento de su vida (prevalencia-vida), y un 6.6% en los últimos 12 meses (prevalencia año).

En Romita, Guanajuato, no se tiene evidencia documentada sobre el comportamiento de la prevalencia de esta morbilidad, motivo por el cual este estudio permitirá implementar las estrategias que coadyuven para la detección oportuna y por ende otorgar un tratamiento en la unidad adecuada de medicina familiar.

Planteamiento Del Problema

¿Cuál es la Prevalencia De Depresión en el Adulto Mayor en La Unidad De Medicina Familiar No. 28 Romita, Guanajuato?

Hipótesis

Por el tipo de estudio realizado no se planteó hipótesis

Objetivos generales y específicos

Objetivo General

- Conocer la prevalencia de depresión en los adultos mayores en la Unidad De Medicina Familiar No. 28 Romita, Guanajuato.

Objetivos Específicos

- Identificar la prevalencia por género.

Material y Métodos: tipo de estudio, lugar y tiempo

Tipo De Estudio

Observacional, transversal, prospectivo y descriptivo.

Lugar Y Tiempo

En la Unidad De Medicina Familiar No. 28 Romita, Guanajuato. En el lapso de noviembre 2017 a febrero del 2018, se realizó la recolección de los datos.

Población

El universo está constituido por la población mayor de 60 años en adelante adscritos a la Unidad De Medicina Familiar No. 28 Romita, Guanajuato.

Tamaño de la muestra, Criterios de Selección, Criterios de Inclusión, Criterios de Exclusión y Criterios de Eliminación

Tamaño de la muestra

El tamaño mínimo de muestra se realizó considerando una proporción esperada de prevalencia de Depresión del 18%, con una Precisión = 5 %, Nivel de confianza = 95%. El cálculo se realizó utilizando Epidat versión 4.1.

La muestra es de 227 pacientes y esta se incrementó para ajustar 10% de perdidas quedando un total de 250 expedientes en total.

- No probabilístico, por simple disponibilidad.

Criterios de Selección.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayores de 60 años adscritos a la Unidad De Medicina Familiar No. 28 Romita, Guanajuato.
- Que acudieron a la consulta de la Unidad De Medicina Familiar No. 28 Romita, Guanajuato.
- Pacientes que aceptaron libremente participar en el estudio

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que en el momento del estudio no se encontraron vigentes

Criterios de Eliminación:

- Se eliminaron pacientes que ya habían sido diagnosticado previamente con depresión y ya están bajo tratamiento médico.

1) Definición operacional de variables.

Depresión

- ✓ Normal < 5 puntos
- ✓ Depresión moderada de 6 hasta 10 puntos
- ✓ Depresión severa > de 10 puntos

VARIABLES

Variable	Tipo	Escala	Indicadores
Edo civil	Cualitativa	Nominal	Casado Soltero Viudo
Escolaridad	Cualitativa	ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Campo Obrero Técnico Profesionista
Adulto mayor (Edad)	Cuantitativa	discreta	Años cumplidos
Depresión	Cualitativa	Ordinal	✓ Normal \leq 5 puntos ✓ Depresión moderada de 6 hasta 10 puntos ✓ Depresión severa > de 10 puntos

Recolección de datos: Método e Instrumento de recolección

Método de recolección:

Encuesta

Instrumento de recolección:

Se aplicó una encuesta de registro de datos socios demográficos realizados en forma ex profesa (Anexo1), en el cual se registraron los datos nombre, número de afiliación, sexo, edad, consultorio y turno. Posteriormente se aplicó el instrumento de Yesavage que consta de 15 ítems: 1- ¿Está básicamente satisfecho con su vida? SÍ NO, 2- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses? SÍ NO, 3- ¿Siente que su vida está vacía? SÍ NO, 4- ¿Se siente a menudo aburrido? SÍ NO, 5- ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo? SÍ NO, 6- ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo? SÍ NO, 7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SÍ NO, 8- ¿Se siente a menudo sin esperanza? SÍ NO, 9- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas? SÍ NO, 10- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría? SÍ NO, 11- ¿Cree que es maravilloso estar vivo? SÍ NO, 12- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora? SÍ NO, 13- ¿Piensa que su situación es desesperada? SÍ NO, 14- ¿Se siente lleno de energía? SÍ NO, 15- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted? SÍ NO.

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14.

Cada respuesta errónea puntúa 1.

Los puntos de corte son:

- 0 - 5 : Normal
- 6 - 10 : Depresión moderada
- + 10 : Depresión severa

Procedimiento de recolección de datos y Análisis estadístico

Procedimiento de recolección de datos:

Una vez autorizado por el comité 1005, se procedió a la fase de trabajo, captando a la población de adultos mayores adscritos y que acudieron a la consulta externa de Unidad De Medicina Familiar No. 28 Romita, Guanajuato. Se explicó en que consiste el estudio, así como el alcance del mismo. Acto seguido se solicitó el Consentimiento Informado (Anexo 1), para posteriormente aplicar una encuesta de Datos sociodemográficos (Anexo 2) y posteriormente la Encuesta o Instrumento de Yesavage (anexo 3) que consta de 15 ítems, una vez realizada esta actividad, se llevó a cabo una recolección de todos los datos de las cédulas en una base de datos EXCEL.

Análisis Estadístico

Se empleó un análisis descriptivo.

Recursos

Recursos materiales y Económicos			
	Cantidad	Costo unitario	Costo Total
Papelería			
Lápices	10	3.00	30.00
Copias	300	.50	150.00
Bolígrafos	10	5.00	50.00
Carpeta argolla	1	50.00	50.00
Tablas	10	48.00	480.00
Oficina			
Computadora HP	1	6,500.00	6,500.00
Tinta p/impresora	2	350.00	700.00
Software Windows 8	1	1800.00	1,800.00
			Subtotal: \$
9,060.00			
Humanos			
Investigador responsable: alumno de 3º año de especialidad en medicina familiar para médicos generales Convenio IMSS-UNAM	1		Sin costo
Asesores de tesis Coordinador Auxiliar Médico de Investigación, Delegación Guanajuato., Coordinador Auxiliar de Investigación en Salud. Profesor titular con Diplomado en investigación	3		Sin costo
			TOTAL \$
9,060.00			

Todos los gastos corrieron a cargo del investigador

Aspectos Éticos

En apego a la Declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud:

- La investigación se realizó por que el conocimiento que se pretendió adquirir, no se puede obtener por otros medios.
- Se apoyó en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.
- El proyecto de investigación describió a detalle la metodología, los recursos y las fuentes de financiamiento.
- El protocolo se sometió para su evaluación a un comité local de investigación y ética en investigación para la salud.
- La investigación se llevó a cabo bajo la vigilancia de un investigador competente.
- El investigador responsable informó al comité local de investigación y ética en investigación en salud sobre el avance de la investigación y sobre algún incidente grave.
- No se realizó ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité local de investigación y ética en investigación.
- El muestreo se realizó considerando a toda la población diana que cumplió con los criterios de selección, sin hacer alguna discriminación en particular.
- Los resultados de esta investigación beneficiaron a la comunidad de médicos por lo que permitió establecer la necesidad de capacitación, lo cual a su vez benefició a los pacientes, ya que con ello se aseguró una atención médica de calidad.
- El riesgo para el paciente es mínimo ya que no se realizó ninguna intervención y se aseguró la confidencialidad de la información, evitando publicar datos de identificación.
- Se solicitó consentimiento informado por escrito.

Resultados

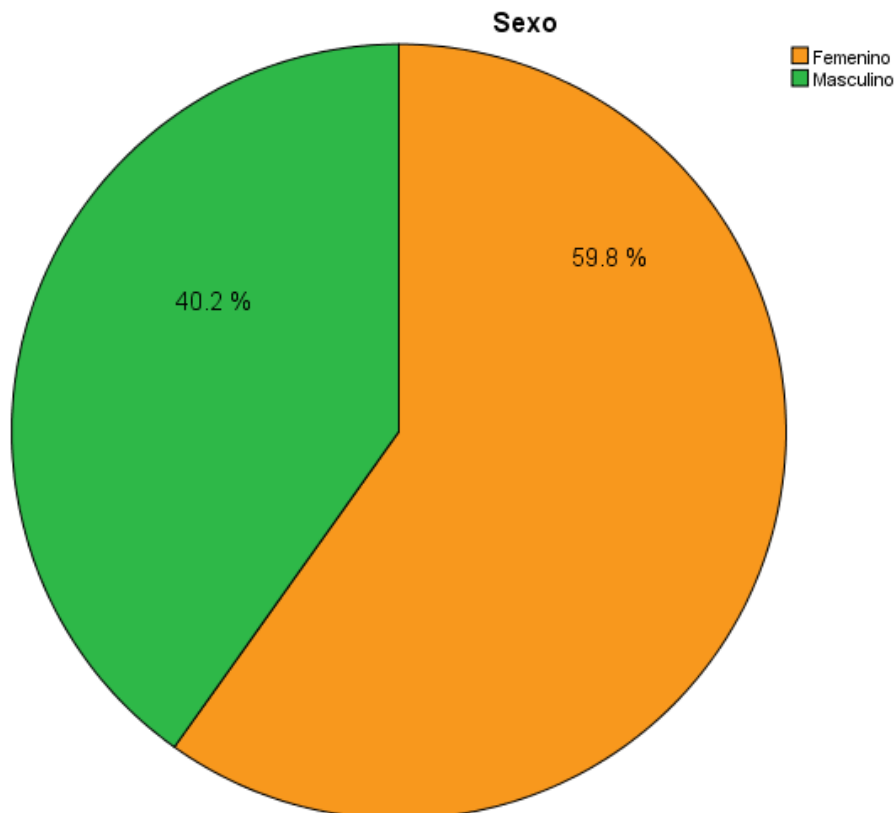
Después de haber llevado a cabo las encuestas en una muestra total de 132 adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar número 28 de Romita, Guanajuato se obtuvieron resultados sobre la prevalencia de depresión respecto al género, así mismo se obtuvieron resultados sobre cuál es el grado de depresión presentado con mayor frecuencia, en qué estado civil y desarrollo profesional se presenta mayormente.

Con respecto a la prevalencia de depresión respecto al género se obtuvo que es más frecuente en el sexo femenino, donde de un total de 79 mujeres encuestadas, de estas el 59.8 % cursa algún grado de depresión ya sea moderada o severa, en comparación con el sexo masculino representado por 53 individuos de donde el 40.2 % sufre algún tipo de depresión, esto se puede ver representado en la tabla y grafica número 1.

Tabla 1

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	79	59.8	59.8	59.8
	Masculino	53	40.2	40.2	100.0
	Total	132	100.0	100.0	

Grafica

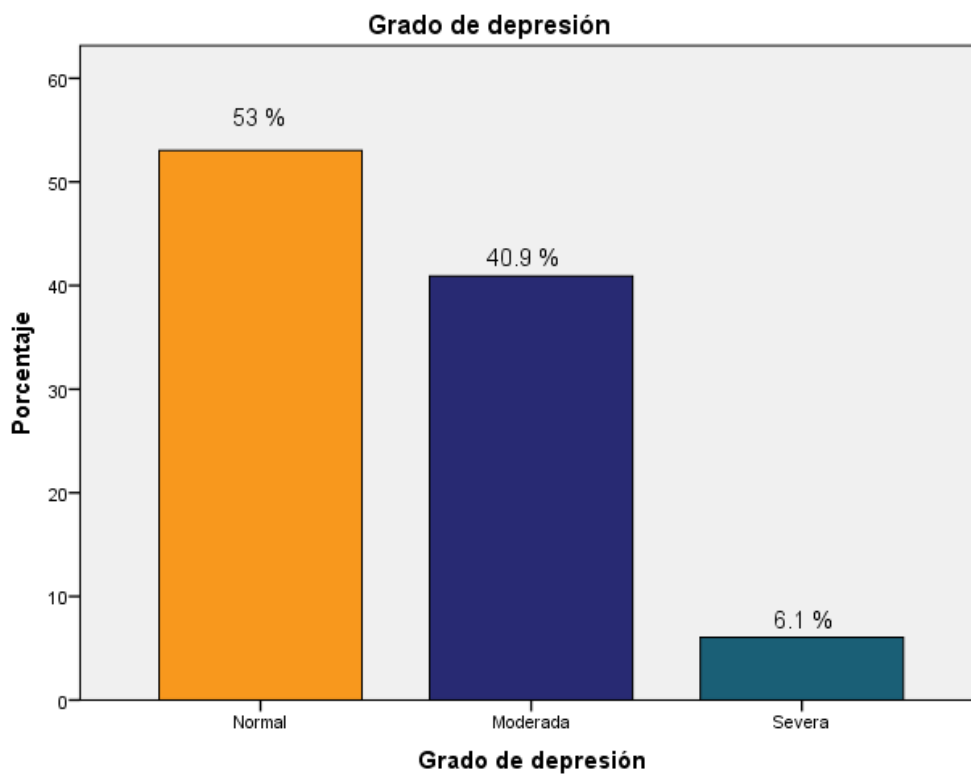


Los resultados sobre grado de depresión se ven representados en la tabla y gráfico número 2 en donde se obtuvo que el 53% de las personas encuestadas no presenta ningún tipo de depresión, el 40.9 % depresión moderada y el 6.1 % depresión severa.

Tabla 2

		Grado de depresión			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	70	53.0	53.0	53.0
	Moderada	54	40.9	40.9	93.9
	Severa	8	6.1	6.1	100.0
	Total	132	100.0	100.0	

Gráfico 2



Los resultados respecto a la presencia de depresión en cuanto al estado civil y ocupación se ven reflejados en las tablas 3 y 4 y los gráficos 3 y 4 respectivamente, pudiendo decir que la depresión se hace más presente en cuanto al estado civil en personas casadas con un total de 85.1 %, seguido de un 11.4 % en la viudez y un 1.5 en personas separadas y solteras.

Así mismo en cuanto a la presencia de depresión de acuerdo a la ocupación se encuentra más presente en individuos dedicados a las actividades del hogar como amas de casa con un 46.2 %, seguido de individuos que desarrollan cualquier actividad relacionada con el campo en un total de 32.6 %, los dedicados al comercio en un 6.8 %, los obreros con un total de 6.1 %, las individuos que se dedican a la limpieza o intendencia en un 3.8%, mecánico en un 3.0%, y por último en un 1.5 % en individuos dedicados a desarrollarse en el ámbito de la comida como los cocineros o ayudantes de cocina.

Tabla 3

		Edo Civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casado	113	85.6	85.6	85.6
	Viudo	15	11.4	11.4	97.0
	Separado	2	1.5	1.5	98.5
	soltero	2	1.5	1.5	100.0
	Total	132	100.0	100.0	

Gráfico 3

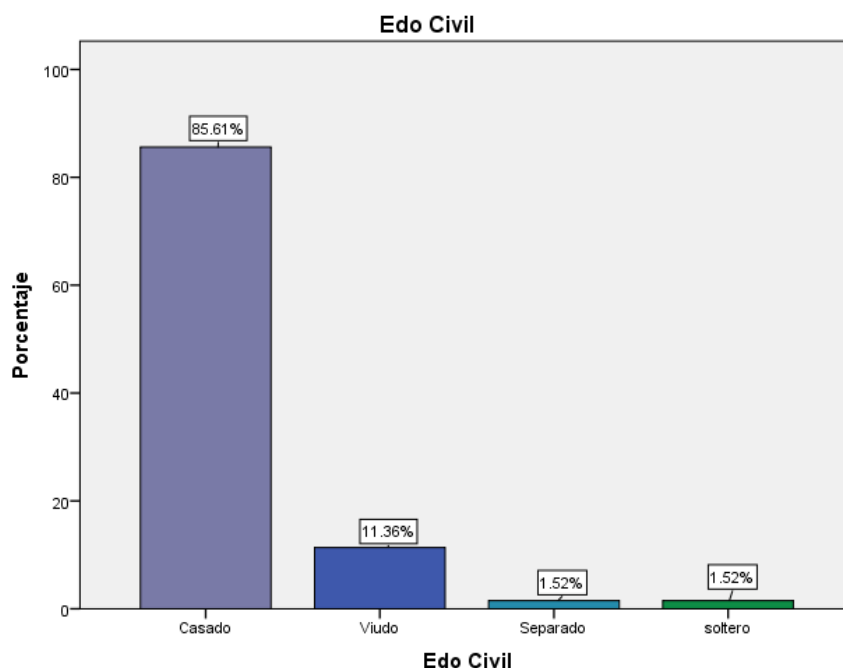
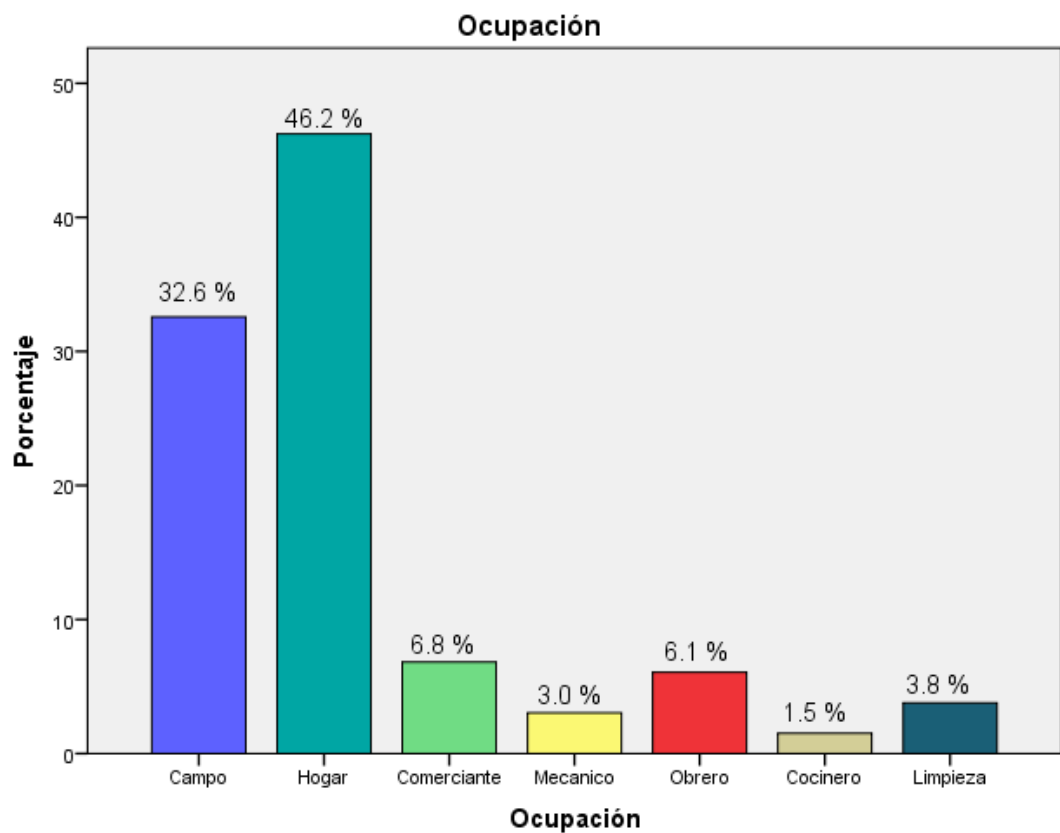


Tabla 4

		Ocupación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Campo	43	32.6	32.6	32.6
	Hogar	61	46.2	46.2	78.8
	Comerciante	9	6.8	6.8	85.6
	Mecánico	4	3.0	3.0	88.6
	Obrero	8	6.1	6.1	94.7
	Cocinero	2	1.5	1.5	96.2
	Limpieza	5	3.8	3.8	100.0
	Total	132	100.0	100.0	

Grafico 4



Discusión

En México se espera que para 2025 se incremente a 18 millones de adultos mayores la población general; y que para 2050 uno de cada cuatro habitantes sea adulto mayor, el simple hecho de ser adulto mayor forma parte del grupo de riesgo para padecer depresión, según el INEGI en 2012, siendo la depresión la tercer causa de morbilidad en adultos mayores.

En una investigación realizada en la ciudad de Guadalajara se encontró al igual que en este estudio que la mayor prevalencia de depresión se encontraba en mujeres, posteriormente en un estudio realizado en la ciudad de México en 2015 se encontró de igual manera que la prevalencia de depresión en mujeres es un 33.6 % mayor que en hombres, sin embargo en un estudio realizado en la ciudad de Quintana Roo se encontró mayor prevalencia de depresión en hombres en un 22.0 % comparado con las mujeres en un 9.0%.

En otros estudios los resultados en cuanto a género no presentan diferencias entre los 2 grupos y difieren de otros estudios realizados, quizás porque al tratarse de personas mayores tienen mayor importancia otros factores como funcionalidad o comorbilidad cuyas diferencias referidas a género disminuyen en estas edades más avanzada, lo cual corresponde a los resultados en este estudio en donde se encontró mayor prevalencia en mujeres que hombres.

De igual manera los resultados obtenidos en este estudio muestran que la prevalencia de depresión en adultos mayores es muy frecuente y más en mujeres esto con la escala de Yesavage, lo cual puede corresponder de confirmarse el diagnóstico en una gran prevalencia de depresión.

Así pues la prevalencia de depresión varía considerablemente en los diferentes trabajos realizados, según el tipo de población escogida o las características metodológicas de dichos estudios. Estudios realizados en nuestro país presentan valores entre el 2 y el 28% de prevalencia en la población adulta. . La prevalencia aumenta hasta el 26% en el estudio europeo *Berlin Aging Study* (BASE) en mayores de 65 años.

En cuanto a las diferencias metodológicas, destaca la importancia de la escala utilizada. Por ejemplo en un estudio realizado en Leiden (Holanda), de características similares a la muestra aquí descrita, concluyo una prevalencia de presencia de depresión que en personas mayores de 85 años, hay una prevalencia del 14%, utilizando la misma versión de 15 ítems, de la escala GDS de Yesavage.

Las situaciones propias del ciclo vital de vida como la viudez, jubilación, divorcio, dificultad en la dinámica familiar y de pareja, el abandono social y familiar, el factor económico y la necesidad de acceder a una casa de reposo o un centro geriátrico, entre otras, se ve ampliamente como factor influyente para presentar o no depresión en sus diferentes grados.

Respecto a las características sociodemográficas del grupo estudiado muestran un predominio de depresión en casados y menor porcentaje en separado o soltero.

La principal limitación es el hecho que la GDS de Yesavage es una escala de cribado, lo que obligaría a revisar los casos positivos para confirmar el diagnóstico e individualizar en cada caso la decisión de iniciar tratamiento, según la presencia o no de otros factores asociados (existencia de deterioro cognitivo, pérdidas recientes, etc.) y anticiparse al diagnóstico, evitando el empeoramiento clínico asociado al retraso diagnóstico frecuente en estas edades.

Otra limitación es que, por el carácter transversal de este estudio, no puede deducirse la asociación de causalidad. Por ello, aunque los resultados son interesantes, deben interpretarse con precaución.

Por lo tanto, se asume también como limitación la elección de una cohorte de sujetos nacidos el mismo año, por lo que, aunque las diferentes experiencias de vida, educación o percepción de salud por la edad existentes en grupos de edades amplias en población anciana se minimicen en este efecto cohorte, la generalización de estos resultados no es posible a todo el grupo de ancianos y precisará de estudios más amplios, que confirmen o descarten el diagnóstico de depresión, su tratamiento y pronóstico.

Conclusiones

En el presente estudio se logró identificar casos de prevalencia de depresión ya sea moderada o severa en el adulto mayor, con un amplio predominio en mujeres, así mismo se concluyó que hay mayor presencia de depresión en individuos casados y con una ocupación realizada en el hogar, mas sin embargo la muestra de los casos estudiados no fue sobresaliente porque no se pudo completar ya que la muestra se redujo casi a la mitad pero si es relevante para la población en donde se realizó el estudio por ser el primero en esta clínica, se requiere de la realización de más estudios para poder obtener más información y poder realizar las acciones necesarias para poder marcar una buena intervención médica y prevenir las complicaciones de la depresión.

Siendo este el primer estudio de investigación realizado en la Unidad de Medicina Familiar número 28 del IMSS, se considera de gran importancia y aporte médico para la clínica, personal médico y comunidad, ya que abre las posibilidades para que en un futuro se puedan realizar más estudios en esta población, y así poder ver las necesidades de salud de las cuales se carecen.

Por otro lado este tipo de estudios fue de gran utilidad ya que brindo una experiencia nueva a todo el personal de salud de la unidad de medicina familiar numero 28 lo cual fue benéfico tanto para los pacientes como para el personal de salud, por un lado los pacientes se sintieron más acercados a sus médicos y se fortaleció la relación médico paciente y el personal de salud se mostró más interesado en sus pacientes ya que este estudio les ayudo a darse cuenta que varios de sus ellos cursan con depresión y de esta manera pueden ofrecerles y brindarles un mejor manejo médico.

De igual manera en la clínica a partir de este estudio se acordó implementar más capacitaciones a personal de medicina preventiva y médicos para poder realizar detecciones oportunas de esta y otras enfermedades.

A mí como investigador me deja una gran enseñanza y satisfacción personal me sirvió para poder acercarme más a mis pacientes y poder brindarles una mejor calidad de atención médica. Así pues se espera dar una continuidad a este trabajo para realizar más detecciones de depresión en base a su prevalencia.

Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. Mantener una actitud positiva y prevenir la depresión durante el envejecimiento. Campañas mundiales de salud pública de la OMS. Folletos sobre la depresión. (internet). (7 abril 2017). disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/older-ages.pdf>
2. Alves C, Pimienta L, González M, Berriel N, Blanco V. Depresión en el Adulto Mayor. Universidad de Uruguay. (Internet). Montevideo; 2014. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/7358/1/FE-0547TG.pdf>
3. Guaya M, Rodríguez C. Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, región 7 del Ecuador 2016. Universidad Nacional de Loja. (internet). Loja-Ecuador. 2017. disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18359/1/tesis%20para%20la%20publica%202017.pdf>
4. Brunier A, Chaib F. "Depression: Let's talk" says who, as depression tops list of causes of ill health. World Health Organization. Geneva. 30 March 2017. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/en/>
5. National Institute of Mental Health (NIMH). Personas Mayores y la Depresión. (internet). División de Redacción Científica, Prensa, y difusión. Año 2014. disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/personas-mayores-y-la-depresion/index.shtml#pub1>
6. Domínguez S, Centeno S. Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en Lima Metropolitana. Revista de Enfermería Clínica. (internet). 2017. (consultado abril 2017). vol. 27(1): pág. 59-62. disponible en: www.elsevier.es/enfermeriaclinica
7. Rodríguez L, Sotolongo O, Luberta G, Calvo M. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013 (consultado mayo 2017), vol. 29(1): pág. 64-75. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
8. World Health Organization. La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva centro de prensa OMS. (internet). (abril 2016). disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
9. Morales A, Rosas G, Yarce E, Paredes Y, Rosero M, Hidalgo A. Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años. Acta Médica de Colombia. (internet). Enero-Marzo 2016 (consultado mayo 2017). vol. 41(1): pág. 21-28. disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n1/v41n1a06.pdf>
10. Llanes H, López Y, Vázquez J, Hernández R. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Revista de Ciencias Médicas. La Habana, (internet). 2015. (consultado mayo 2017), vol. 21 (1): pág. 75-74. disponible en: <http://scielo.sld.cu>
11. Prieto S, Villanueva E, Arias N, Jiménez C. Depresión de inicio tardío en el adulto mayor hospitalizado en un hospital de segundo nivel. Medicina Interna México. (internet). Julio 2016 (consultado mayo 2017). vol. 32(4): pág. 388-395. disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2016/mim164c.pdf>
12. Devi J, Puig N, Jofre S, Fetscher A. La depresión: un predictor de demencia. Revista Española de Geriatría y Gerontología. (internet) 2016 (consultado mayo 2017).

vol. 51(2): pág. 112-118. disponible en: www.elsevier.es/regg

13. Sánchez A, Delgado R, Amor A, Barranco P, Barranco M. Imagen corporal y depresión en personas mayores de 50 años. *Metas enferm.* (internet). Sep. 2016 (consultado abril 2017). vol. 19 (7): pág. 28-32. disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80953/>

14. Paredes Y, Aguirre D. Síntomas depresivos y factores asociados en población adulto mayor. *Revista Mexicana de Neurociencia.* (internet). Mayo-junio 2016. (consultado abril 2017). vol. 17 (3): pág. 26-38. disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=68923>

15. Portellano C, Garre J, Calvo L, Conde J. Depresión y variables asociadas n personas mayores de 50 años en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental.* 2016 (consultado mayo 2017). vol. 347 (11). pág. 1-11. disponible en: www.elsevier.es/saludmental

16. Gómez C, Campo A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructural factorial. *Universitas Psychologica.* Octubre 2010. (consultado mayo 2017). vol. 10(3). pág.: 735-743.

17. Martínez J, Onis C, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. Versión española del cuestionario abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Revista de medicina familiar.* (internet). 2012. vol. 12(10). pág.: 620-630. disponible en: <http://www.leland.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>

18. Brink TI, Yesave JA, Lum O, Heersema P, Adey, Rose T. Geriatric Depression Sacle (GDS). Universidad Complutense Madrid. (internet) 2010. disponible en: https://www.ucm.es/data/cont/docs/39-2013-02-21-IAS_F.pdf

Anexos

Anexo 1
Datos Sociodemográficos



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 DE
ROMITA, GUANAJUATO.
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOMBRE _____ SEXO: M F

NSS. _____

EDAD _____ NUM. CONSULTORIO _____ TURNO: M V

Anexo 2. Cuestionario de Yesavage

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- <i>¿Siente que su vida está vacía?</i>	SÍ	NO
4- <i>¿Se siente con frecuencia aburrido/a?</i>	SÍ	NO
5- <i>¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?</i>	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- <i>¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?</i>	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- <i>¿Se siente lleno/a de energía?</i>	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

Anexo 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

Nombre del estudio:	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN "Prevalencia De Depresión en el Adulto Mayor en La Unidad De Medicina Familiar No. 28 Romita, Guanajuato"						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
y fecha:	León, Guanajuato 2017						
Número de registro:	En trámite.						
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión es el trastorno mental más frecuente en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y ha ido incrementado a 18% de incidencia desde el 2005 al 2015. Es la principal causa de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Puede convertirse en un problema de salud muy serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar un gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. Objetivo: Conocer la prevalencia de depresión en los adultos mayores en la Unidad De Medicina Familiar No. 28 Romita, Guanajuato.						
Procedimientos:	Se aplicará una encuesta de registro de datos socios demográficos realizados en forma ex profesa (Anexo1), Posteriormente se aplicará el instrumento que consta de 15 ítems						
Posibles riesgos y molestias:	Riesgo mínimo ya que no se realizará ninguna intervención y se asegurará la confidencialidad de la información, evitando publicar datos de identificación.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Este tipo de estudio permitirá realizar un estudio para profundizar en este tema y con esto conocer sobre sus rasgos característicos, conocer el impacto que tiene en nuestra comunidad y darle el reconocimiento que requiere para generar estrategias que identifiquen en forma oportuna este tipo de trastornos.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionaran los resultados del estudio una vez concluido a las autoridades, para tomar las medidas que se juzguen pertinentes, para con esto proporcionar la atención médica de acuerdo a sus necesidades y los recursos de esta Institución.						
Participación o retiro:	Es voluntaria en el entendido de que su negativa a participar no tendría repercusión alguna en la atención médica habitual.						
Privacidad y confidencialidad:	Los investigadores me han asegurado que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se proporcionaran los resultados del estudio una vez concluido a las autoridades, para tomar las medidas que se juzguen pertinentes.						
Beneficios al término del estudio:	Identificar la Prevalencia de Depresión en la Unidad De Medicina Familiar No. 28 Romita, Guanajuato"						
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable: Dra. Mata Arellano Irma Fabiola, Matrícula: 99089209, Adscripción: UMF 28 de Romita, Guanajuato. Teléfono: 462 2336349</p> <p style="margin-left: 150px;">Dra. María del Carmen Hernández Jasso Matrícula: 99115409 Adscripción: UMF 47. Teléfono 01477 7163737 Extensión 47407 Mayra Tanivet López Carrera. Adscripción UMF 47. Matrícula 11702125 Tel. 7163737 Ext. 31407</p>							
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>							
<p>_____ Investigador</p>	<p>_____ Paciente</p>						
<p>_____ Testigo 1</p>	<p>_____ Testigo 2</p>						
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013</p>							

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1005** con número de registro **17 CI EI 020 031** ante COFEPRIS

II GRAL ZONA -ME- NUM 21, GUANAJUATO

FECHA **11/10/2017**

DRA. IRMA FABIOLA MATA ARELLANO

PRESENTE

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

Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en La Unidad de Medicina Familiar No. 28 Romita, Guanajuato

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

Núm. de Registro
R-2017-1005-44

ATENTAMENTE


DR.(A). PEDRO ANATOLIO MAZEDA RAMIREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1005

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS