



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28  
“GABRIEL MANCERA”**

**ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD EN  
PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NÚMERO 28 GABRIEL MANCERA DEL IMSS**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL:  
TÍTULO DE ESPECIALISTA

EN:  
**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:  
**LEONARDO DAVID GALICIA GUTIÉRREZ**

TUTOR-DIRECTOR DE TESIS Y/O  
ASESOR(ES) PRINCIPAL(ES):  
**JUAN LUIS VEGA BLANCAS**

CIUDAD UNIVERSITARIA. CD. MX. 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AUTORIZACIÓN DE TESIS

---

**Dra. Katia Gabriela Cruz Núñez**

Directora de la Unidad de Medicina Familiar  
N° 28 “Gabriel Mancera” del IMSS

---

**Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano**

Coordinadora Clínica De Educación e Investigación en Salud  
Unidad de Medicina Familiar  
N° 28 “Gabriel Mancera” del IMSS

---

**Dr. Jonathan Pavel Hernández Pérez**

Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar  
de la Unidad de Medicina Familiar  
N° 28 “Gabriel Mancera”

## AUTORIZACIÓN DE TESIS ASESOR

---

**Dr. Juan Luis Vega Blancas**

Médico Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar  
N°28 "Gabriel Mancera" del IMSS  
Asesor Teórico y Metodológico.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 3703.  
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS 17 CI 09 017 017

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 003 20190403

FECHA Jueves, 11 de febrero de 2021

Dr. Juan Luis Vega Blancas

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 "GABRIEL MANCERA" DEL IMSS** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional

R-2021-3703-014

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. PAULA AVALOS MAZA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

## **AGRADECIMIENTOS**

Finalizar un proyecto de tal importancia representa un motivo grande de alegría, de compromiso y de aprendizaje con la Medicina Familiar para mí, pues el tiempo invertido y las experiencias obtenidas son invaluable, ya sea por la formación como médico general que obtuve a lo largo de los años, las exigencias por parte del área de enseñanza e investigación de la especialidad, las recomendaciones, lecciones e instrucciones por parte de mi asesor de tesis, la motivación adquirida por parte de mis amigos y compañeros residentes, la paciencia, apoyo, amor y comprensión de mi prometida, la educación y valores de mi familia y por último, las palabras, tiempo y confianza de los pacientes que aportaron todo para lograr concluir un trabajo que se realizó con esfuerzo, dedicación y amor a lo largo de bastantes meses y es por ello que, a manera de reconocer a éstas personas, utilizo éste espacio breve para poder agradecer a todos ellos.

A mi profesor Juan Luis Vega por aceptar trabajar, guiar y cimentar ésta tesis con su entrega y compromiso; a Montserrat Flores, doctora y prometida que con su apoyo incondicional, sus palabras fuertes, su ejemplo de esfuerzo incansable y con la motivación que significa un compromiso con el futuro ilumina cada paso que decido tomar; a mis papás y hermanos quienes a pesar de la distancia representan la energía que requiero para seguir adelante; a Ollinziuatl Pascual por su amistad, apoyo, compañía, solidaridad y muestra de humanismo, a los doctores Uriel Arellano y Humberto Rojas por siempre encontrarse dispuestos a asistir al auxilio de cualquier situación así como a la doctora Gabriela Navarro por comentar insistentemente acerca de la importancia de entregar éste proyecto en tiempo y forma.

Éste trabajo está dedicado a todos ellos, a mis futuros pacientes y a mi formación como médico y como humano.

## INDICE

1. RESUMEN.....	8
2. INTRODUCCIÓN.....	9
3. ANTECEDENTES.....	11
3.1. Marco epidemiológico .....	11
3.2. Marco conceptual.....	13
3.3. Marco contextual.....	27
4. JUSTIFICACIÓN.....	28
5. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	29
6. OBJETIVOS.....	30
6.1. Objetivo General: .....	30
6.2. Objetivos Específicos: .....	30
7. HIPÓTESIS.....	31
7.1. Hipótesis nula (Ho).....	31
7.2. Hipótesis alterna (Ha).....	31
8. MATERIAL Y MÉTODOS .....	31
8.1. Periodo y sitio de estudio. ....	31
8.2. Universo de trabajo .....	31
8.3. Unidad de análisis.....	31
8.4. Diseño de estudio .....	31
8.5. Criterios de selección.....	31
8.5.1. Criterios de inclusión: .....	31
8.5.2. Criterios de exclusión: .....	31
8.5.3. Criterios de eliminación: .....	32
9. MUESTREO .....	32
9.1. Cálculo de tamaño de muestra .....	32
10. VARIABLES.....	33
10.1. Operacionalización de variables. ....	34
11. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	35
12. ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	35
13. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	36

13.1.	Aspectos de bioseguridad.....	40
13.2.	Conflictos de interés .....	40
14.	RECURSOS .....	40
14.1.	Humanos.....	40
14.2.	Materiales .....	40
14.3.	Económicos .....	41
14.4.	Factibilidad.....	41
15.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	41
16.	BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS .....	41
17.	MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS .....	41
18.	RESULTADOS .....	43
19.	DISCUSIÓN.....	49
20.	CONCLUSIÓN.....	50
21.	BIBLIOGRAFÍA.....	52
22.	CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	56
23.	REFERENCIA A MÉDICO TRATANTE .....	57
24.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	58
25.	ANEXOS .....	59
25.1.	Recolección de datos (Anexo 1) .....	59
25.2.	Escala de depresión de Yesavage (Anexo 2) .....	60
25.3.	Escala de Lawton y Brody para actividades instrumentadas de la vida diaria (Anexo 3).....	61
25.4.	Carta de no inconveniente (Anexo 4).....	63

## 1. RESUMEN

### **“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 “GABRIEL MANCERA” DEL IMSS**

*\*Dr. Leonardo David Galicia Gutiérrez \*\*Dr. Juan Luis Vega Blancas,*

*\*Residente de la Especialidad de Medicina Familiar*

*\*\* Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar en UMF Número 28 “Gabriel Mancera” IMSS*

**Antecedentes:** *El envejecimiento demográfico implica una mayor demanda de servicios de salud, las tasas más altas de morbilidad y discapacidad se presentan en las personas mayores de 60 años. En México en el 2010 la población de adultos mayores fue de 9.67 millones, se espera que en el 2025 sea de 18.08 millones y para 2050, 35.96 millones, representando el 25% de la población. La depresión genera un entretimiento o descenso en ciertos aspectos psicomotores (cognición, afecto y comportamiento). Las actividades básicas e instrumentadas también son afectadas, así como el curso del pensamiento, del lenguaje y la sexualidad.*

**Objetivo:** *Identificar la asociación que existe entre depresión y funcionalidad en pacientes geriátricos de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera” IMSS*

**Material y método:** *Estudio observacional, transversal y descriptivo en el cual participaron 368 derechohabientes mayores de 65 años del IMSS correspondientes a la UMF 28 “Gabriel Mancera”. Se aplicaron las escalas de Lawton y Brody para actividades instrumentadas de la vida diaria y la escala de depresión geriátrica de Yesavage para relacionar la asociación entre depresión y el grado de dependencia en los adultos mayores por medio de la prueba de  $X^2$  con un nivel de significancia de 0.05.*

**Resultados:** *Se observó con respecto a depresión una mayor prevalencia en mujeres 57.29% (55) así como pérdida de funcionalidad 62.96% (68) cuya edad de presentación más frecuente se encontró en un rango de 75 a 84 años 41.66% (40). Se obtuvo una significancia estadística entre depresión y pérdida de capacidad funcional sin importar el grado de dependencia con ( $p=0.019$ ), el resto de variables como género, edad y comorbilidades asociadas al desarrollo de depresión no presentaron significancia estadística.*

**Conclusión:** *La depresión como enfermedad frecuente en el adulto mayor favorece el desarrollo de una disminución progresiva de la funcionalidad lo que consecuentemente provoca un aumento en la demanda de los servicios de salud por lo que el médico familiar está obligado a identificar los diversos factores de riesgo y prevenir, su aparición y progresión para evitar desenlaces negativos.*

**Palabras clave:** *envejecimiento, discapacidad, morbilidad, depresión, funcionalidad.*

## 2. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico es un grave problema a nivel mundial ya que implica una mayor demanda de servicios de salud, el grupo de edad de mayores de 60 años presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad. En México en el 2010 la población de adultos mayores fue de 9.67 millones se espera que en el 2025 sea de 18.08 millones y para el 2050, alcance 35.96 millones, donde 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor. <sup>1</sup>

Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10 y el 20% de los hospitalizados, del 15 y el 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comorbilidades.<sup>2</sup>

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etc.), por lo que es una afectación global de la vida psíquica.<sup>2</sup>

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la 4ª causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la 2ª causa solo detrás de las enfermedades isquémicas. En 1994 se estimó una pérdida de 1.5 millones de años vida-ajustados por discapacidad en países occidentales, siendo esta cifra mayor en países en vías de desarrollo. El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las

enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide.<sup>3</sup>

La depresión contribuye a elevar la morbimortalidad, disminuye la calidad de vida e incrementa costos del cuidado de la salud. A pesar de una mayor conciencia pública de la depresión y una gran variedad de tratamientos eficaces la depresión en los adultos mayores sigue siendo poco reconocida y mucho menos tratada. Es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico.<sup>3</sup>

Las personas con depresión presentan un enlentecimiento o descenso en prácticamente todos los aspectos psicomotores (cognición, afecto y comportamiento). Las actividades básicas (alimentación, sueño y autocuidado) también son afectadas, así como el curso del pensamiento, del lenguaje y la sexualidad. Por lo general es episódica, recidivante o crónica.<sup>2</sup>

La gravedad de la depresión varía de manera amplia desde un retardo leve en el pensamiento y en general en las funciones cognoscitivas, hasta la presencia de síntomas psicóticos graves con auto-reproches, ideas delirantes de contenido depresivo y alucinaciones; en casos extremos puede presentarse estupor depresivo. Su complicación y desenlace más grave es el suicidio, el cual es más prevalente en este grupo de edad.<sup>3</sup>

Este trabajo se realiza para identificar una relación entre la depresión y la capacidad funcional así como el impacto que genera y así poder desarrollar estrategias de prevención y diagnóstico oportuno y así detener el deterioro progresivo que ésta implica.

### **3. ANTECEDENTES**

#### **3.1. Marco epidemiológico**

El fenómeno de envejecimiento poblacional es de gran trascendencia social que implica la atención a múltiples niveles (político, económico, sociológico, sanitario y de investigaciones científicas) lo que se acentuará en los próximos años.<sup>1</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, entre 2015 y 2050, el porcentaje de personas mayores de 60 años de edad pasará del 12% al 22%. En el año 2020, superarán en número al de niños menores de 5 años. Para el año 2050, el 80% de éstos vivirá en países de bajos y medianos ingresos debido a la ausencia de planificación social, causado por aumento de la esperanza de vida.<sup>2</sup>

En la actualidad en la región de América Latina y el Caribe, los adultos mayores de 60 años representan el 11% de su población, valor cercano al 12% que representa a nivel mundial y menor al observado en Europa (24%), América del Norte (21%), Asia (17%) y Oceanía (16%) Tanto la magnitud como la intensidad de la dependencia aumentan con la edad de la población. Para todos los grupos de edad, las mujeres son las más afectadas.<sup>3</sup>

En México, la encuesta intercensal de 2015 reportó que en 2015 había 12.4 millones de personas mayores de 65 años y según el INEGI, se prevé que para el 2030, la población mayor de 60 años será de más de 20 millones de individuos y para el 2050 se estima que esta población de adultos mayores constituirá el 27.7% de la población mexicana. Esto se relaciona con una esperanza de vida en 2015 en hombres de 72.3 años y en mujeres de 77.4, proyectándose que para el 2020 en hombres aumente a 73.3 y en mujeres a 78.3.<sup>4</sup>

Con el envejecimiento poblacional, la importancia de las enfermedades crónicas como principal causa de muerte y morbilidad aumenta. Según los últimos datos de la OMS, el 75% de las muertes en la región son atribuibles a enfermedades crónicas y se estima que el envejecimiento de la población es responsable de

alrededor del 15% del aumento en la carga total de mortalidad y morbilidad atribuible a las enfermedades crónicas entre 2006 y 2016.<sup>5</sup> Esto tiene como consecuencia el aumento de la cantidad de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) o, lo que es lo mismo, los años de vida saludable que se pierden a causa de la presencia de enfermedades, accidentes o incapacidad.<sup>6</sup>

El 31.7% del total de los años vividos con discapacidad a nivel mundial son atribuidos a condiciones neuropsiquiátricas, la depresión y la demencia son las principales causas que contribuyen a este fenómeno en los pacientes geriátricos. La depresión (catalogada como sintomatología depresiva clínicamente significativa) cuenta con una prevalencia en México de 35.6% con tendencia a afectar más a la población femenina sin un aumento significativo de la prevalencia a mayor edad.<sup>7</sup>

Existe una variación importante para el riesgo de trastorno depresivo mayor, variando entre el 10 y 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los hombres. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos varía entre el 5 y el 9% para las mujeres y entre el 2 y el 3% para los hombres.<sup>8</sup>

La prevalencia de depresión según DSM-IV-TR en la población general varía de 1.3 a 2.8% y el CIE-10 hace referencia de 4.5 a 5.1%. Estudios europeos utilizando la escala de depresión Euro-D, informan prevalencias más altas de depresión en adultos mayores (26.1 a 31.2%), similar a la informada con el empleo del Geriatric Mental State (GSM-AGECAT) (30 a 35.9%). En el estudio latinoamericano SABE (encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento), la prevalencia encontrada varía de 16.5 a 30.1% en mujeres, mientras que en hombres es menor (11.8 a 19.6%). El grupo 10/66 encontró que Perú, México y Venezuela comparten una prevalencia similar a la de Europa y la de SABE.<sup>9</sup>

Otros estudios mencionan que la incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la valoración de consulta externa y se incrementa a 40% en el

egreso del paciente hospitalizado. Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10 y el 20% de los hospitalizados, del 15 y el 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comorbilidades. Dentro de estas últimas, se destaca la enfermedad cerebrovascular, que se asocia entre 18 y 61%, siendo más frecuente en los 6 primeros meses, la enfermedad de Parkinson con un 40%, la enfermedad de Alzheimer un 20-40%, las cardiopatías entre el 20 y 30% con un porcentaje mayor para quienes sufrieron infarto agudo de miocardio llegando en estos casos hasta el 74%; la diabetes en el 36%, el hipotiroidismo en el 50%, el cáncer un 40%.<sup>10</sup>

### **3.2. Marco conceptual**

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.<sup>11</sup>

De acuerdo al DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales), la depresión se define como aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores.<sup>11</sup>

Se encuentra de manera habitual que patologías crónico-degenerativas, deterioro cognitivo o pérdida de funcionalidad presenten cuadros depresivos, lo cual causa sufrimiento, conflictos interpersonales y a su vez, disminución de la funcionalidad con un empeoramiento de las patologías de base.<sup>12</sup>

La demencia y la depresión se encuentran entre las primeras causas que contribuyen a la discapacidad y dependencia en los adultos mayores (Tabla 1).

13,14

Alteración de la salud	Fracción atribuible poblacional (Dependencia)	Fracción atribuible poblacional (Discapacidad)
1. Demencia	36.0%	25.1%
2. Parálisis/debilidad de miembros	11.9%	10.5%
3. Evento vascular cerebral	8.7%	11.4%
4. Depresión	6.5%	8.3%
5. Deterioro visual	5.4%	6.8%
6. Artritis	2.6%	9.9%

**Tabla 1.** Alteraciones de la salud que contribuyen a discapacidad y dependencia.

La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis y mala autopercepción de la salud) y las capacidades funcionales (discapacidad física y social). Y aumento en la utilización y costos de los servicios médicos y la asistencia sanitaria.<sup>15</sup>

El envejecimiento puede afectar de forma variable la cognición, la memoria, la inteligencia, la personalidad y la conducta, entre otros. Sin embargo, éstos son difícilmente atribuibles al proceso natural de envejecimiento siendo resultado muchas veces de la enfermedad en sí. La disminución en la capacidad mental o en el rendimiento (como la cognición, o la conducta) y la disminución rápida de cognición que se relacionan con el aumento de la edad, se deben a patologías tratables.<sup>15</sup>

En la vejez ocurren cambios orgánicos importantes y en particular en el cerebro, los cuales predisponen a la depresión, asimismo suelen ocurrir graves pérdidas: cónyuge, amistades, trabajo, rol en la familia y en la sociedad, entre otros. Esto pone en marcha mecanismos de adaptación que cuando no funcionan, conllevan a una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad. El grado de adaptación ante estas pérdidas, no sólo será en función de recursos psicológicos, también dependerá de otros como económicos, sociales y familiares con los que cuente el anciano.<sup>9,16</sup>

El género en sí es un factor de riesgo fiable para trastorno de depresión mayor (TDM) y para la mayoría de los trastornos de ansiedad, con un riesgo en mujeres de 1.5 a 2 veces mayor que en hombres.<sup>16</sup>

La jubilación, pérdida de estatus económico y laboral, falta de oportunidades para continuar en un ambiente “productivo”, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos. Es común que, ante estos fenómenos, la respuesta del sujeto vaya hacia el aislamiento, estableciendo una pobre interacción con su familia y sus amistades. Si bien estas pérdidas no son causa-efecto de la depresión, sí existe una relación cronológica entre ellas y el inicio de los síntomas.<sup>8, 9, 17</sup>

El espectro psicológico involucra el tipo de personalidad desarrollada durante la vida premórbida. Personas con rasgos dominantes de carácter narcisista y obsesivo, son proclives a los síntomas depresivos en la vejez.<sup>17</sup>

En cuanto a los factores neurobiológicos se deben considerar los cambios cerebrales propios de la vejez: menor población neuronal en regiones prefrontales y temporal medial, disminución en la síntesis de neurotransmisores y sus receptores. La neurotransmisión serotoninérgica se ha vuelto un punto de interés al estudiar la depresión y se ha documentado una reducción en la unión de 5-hidroxitriptamina (5-HT) en edades avanzadas.<sup>9</sup>

Los trastornos médicos pueden causar depresión en estos pacientes (Tabla 2), y también pueden hacerlo el abuso de alcohol, algunos fármacos (especialmente, algunos antihipertensivos), la cocaína u otras drogas ilícitas. Los factores psicológicos aplican para todo grupo etario, e incluyen la culpa y los patrones de pensamiento negativos, destacando la disfunción cognitiva. Los factores sociales como la pérdida de un cónyuge o compañero o la disminución del apoyo social parecen causar depresión más a menudo en los hombres que en las mujeres. Las personas con ingresos más bajos corren un mayor riesgo de depresión.<sup>18</sup>

Tipo	Trastorno
Cáncer	Cáncer de mama, riñón, pulmón, ovario o páncreas; leucemia; linfoma
Trastornos cardiovasculares	Postinfarto de miocardio, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca
Trastornos endocrinos	Tiroiditis, hipertiroidismo, hipotiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, hipopituitarismo
Trastornos neurológicos	Enfermedad de Alzheimer, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, demencia vascular (demencia multiinfarto)
Trastornos metabólicos o hiponatremia de la nutrición	Desnutrición, hipopotasemia, hiperpotasemia, hipernatremia, hipocalcemia, hipercalcemia, hipomagnesemia, deficiencia de vitamina B12
Infecciones víricas	Hepatitis, infección por VIH, herpes zóster

**Tabla 2.** Trastornos médicos seleccionados que pueden causar depresión en los ancianos

La herencia desempeña un papel menor en la depresión que se inicia al final de la vida que en la que comienza en su mitad. Sin embargo, las personas que experimentan depresión por primera vez en la juventud o a mitad de la vida y que presentan una recidiva a edad avanzada, tienen casi las mismas probabilidades de comunicar antecedentes familiares que las personas que sufren depresión a mitad de la vida. La depresión a edad avanzada se asocia con cambios cerebrales estructurales, y relacionan a insuficiencia vascular.<sup>18</sup>

En la actualidad se cuenta con evidencia para explicar el desarrollo de depresión, la cual se asocia a las diversas etiologías, implicando diversos aspectos fisiológicos: los cambios estructurales cerebrales y en su funcionamiento, la participación de las monoaminas, su metabolismo, el papel de sus transportadores y sus polimorfismos, y de otros neurotransmisores, como el glutamato y el ácido amino-γ-butiárico (GABA), el papel de la neurogénesis, la interacción de la vulnerabilidad genética y el ambiente y el papel de la inflamación. Aunque algunos

de estos mecanismos se encuentran interrelacionados, no existe unificación de estos factores por lo que se explicaría a la depresión como un trastorno heterogéneo.<sup>19</sup> En cuanto a estructuras cerebrales, se ven implicadas el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal dorso lateral y ventral.<sup>19</sup>

Según la hipótesis de las monoaminas, la depresión se explicaría por una deficiencia en los neurotransmisores serotonina, norepinefrina y en menor grado dopamina, siendo su disminución la causa del trastorno depresivo mayor.<sup>19</sup>

El factor neurotrófico derivado del cerebro es una proteína dimérica encontrada en el cerebro con mayor abundancia en el hipocampo y la corteza cerebral y la disminución de su expresión contribuye a la atrofia del hipocampo en respuesta al estrés en pacientes deprimidos.<sup>19</sup>

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM V TR) y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud, en la cual se observan diversos subtipos de depresión. (Tabla 3)<sup>21</sup>

DSM-V-TR:
Trastorno depresivo mayor, episodio único/recurrente
Trastorno depresivo mayor, recidivante
Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo (6-18 años)
Trastorno disfórico premenstrual
Trastorno depresivo inducido por sustancias / medicamentos
Trastorno depresivo debido a afección médica
Otro trastorno depresivo especificado
Trastorno depresivo no especificado
CIE-10
Trastorno depresivo recurrente
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
Otros trastornos depresivos recurrentes
Trastorno depresivo recurrente sin especificación

**Tabla 3.** Clasificación de los trastornos del estado de ánimo

Los trastornos depresivos pueden complicarse por ansiedad o insomnio y a su vez, pueden presentar síntomas psicóticos. Otros trastornos depresivos incluyen trastorno distímico (depresión leve y crónica que persiste durante toda la vida) y trastorno de adaptación (ansiedad y depresión por menos de 6 meses ante alguna circunstancia de tensión) y duelo (en respuesta ante la pérdida o muerte).<sup>8</sup>

Dentro de la sintomatología habitual que presentan los pacientes con depresión se encuentran: depresión del estado de ánimo (sensación de tristeza abrumadora) o signos de tristeza evidentes, anhedonia, insomnio o hipersomnio, alteraciones del apetito y del peso, anergia y sensación de fatiga o letargo, leve alteración cognoscitiva, disminución de la concentración, memoria a corto plazo y capacidad para tomar decisiones, aislamiento social, disminución de la libido.<sup>20</sup>

La depresión en el anciano, como en algunas patologías, difiere en su forma de presentación comparada con otras etapas de la vida, y la existencia de múltiples comorbilidades puede ocultar manifestaciones que se proyectan a través de alteraciones somáticas o de deterioro cognoscitivo. De manera errónea, se llega a considerar esto como parte del envejecimiento y no como un evento mórbido tratable.<sup>9</sup>

En el adulto mayor, los síntomas pueden manifestarse desde sentimiento de tristeza e inutilidad, así como desánimo hasta afectación del desempeño de las actividades de la vida diaria. Otros síntomas incluyen insomnio, anergia, preocupación por la muerte, anhedonia, aislamiento social, disminución del impulso sexual y dificultades cognoscitivas. (Tabla 4)<sup>18</sup>

Elemento	Síntomas
Estado de ánimo	Actitud deprimida, irritabilidad o ansiedad (sin embargo, el paciente puede sonreír o negar cambios del estado de ánimo subjetivo, quejándose en cambio de dolor u otro malestar somático).
	Accesos de llanto (aunque el paciente puede quejarse de incapacidad para llorar o para experimentar emociones)
Manifestaciones psicológicas asociadas	Falta de confianza en sí mismo; baja autoestima; remordimiento
	Mala concentración y memoria
	Reducción en la gratificación; pérdida de interés en las actividades usuales; pérdida de apegos; retirada social
	Expectativas negativas; desesperanza; indefensión; mayor dependencia
	Pensamientos recurrentes de muerte
	Pensamientos de suicidio (infrecuentes, pero graves cuando existen)
Manifestaciones somáticas	Retardo psicomotor; fatiga
	Agitación
	Anorexia y pérdida de peso
	Insomnio
Manifestaciones psicóticas	Ideas delirantes de falta de valía y pecado
	Ideas delirantes de mala salud (nihilistas, somáticas o hipocondríacas)
	Ideas delirantes de pobreza
	Alucinaciones depresivas auditivas, visuales y (con poca frecuencia) olfativas

**Tabla 4.** Manifestaciones clínicas de la depresión en los ancianos.

Es necesario insistir en que los síntomas depresivos, tanto como la depresión mayor, tienen graves consecuencias para la salud, ya que además de los efectos negativos sobre las capacidades funcionales, las personas afectadas utilizan con más frecuencia los servicios hospitalarios, y se recuperan en mayor tiempo de alguna enfermedad.<sup>21</sup>

Los criterios de diagnóstico para la depresión mayor del manual DMS-V, así como de la CIE10, suelen concordar en diversos puntos, los cuales se muestran en la tabla 5.<sup>22</sup>

<p>A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo (2) o pérdida de interés o de la capacidad para el placer</p> <p>Nota. No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto)</li> <li>2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)</li> <li>3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día</li> <li>4. Insomnio o hipersomnia casi cada día</li> <li>5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)</li> <li>6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día</li> <li>7. Sentimientos de inutilidad o de culpas excesivas o inapropiadas (que pueden ser delirantes)</li> <li>8. Cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)</li> <li>9. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)</li> <li>10. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.</li> </ol>
<p>B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto</p>
<p>C. Los síntomas provocan malestar desde el punto de vista clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo</p>
<p>D. Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., droga, medicamentos) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo)</p>
<p>E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor</p>

**Tabla 5.** Trastorno depresivo mayor (DSM–V–TR)

La escala de depresión geriátrica (GDS) de 30 y 15 reactivos, actualmente es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos, con una sensibilidad y especificidad de 97 y 95% respectivamente. Con esta escala 1 de

cada 8 mexicanos adultos mayores tienen depresión mayor, por lo que su detección y manejo es una alta prioridad.<sup>9,10</sup>

La utilización de estudios de laboratorio es básica para marcar diferencias entre otras patologías como hipotiroidismo, anemia, abuso de alcohol, neoplasias y enfermedades carenciales, entre otras.<sup>9</sup>

En algunos casos se recomienda solicitar estudios de imagen cuando se trata de una depresión de inicio tardío en la cual se sospecha un componente vascular. Dichos estudios pueden evidenciar trastorno en la integridad de la sustancia blanca, clave para el entendimiento de la fisiopatología de este tipo de depresión.<sup>9</sup> El diagnóstico diferencial de la depresión mayor incluye diversos trastornos médicos y psiquiátricos, que en los ancianos pueden manifestarse como depresión (Tabla 6).<sup>8,18</sup>

Neurológicas	Enfermedad de Alzheimer
	Enfermedad de Parkinson
	Enfermedad de Wilson
	Enfermedad de Huntington
	Esclerosis múltiple
	Enfermedad Vascular Cerebral
	Lesiones ocupantes de espacio
Endocrinológicas	Hipo e hipertiroidismo
	Hipo e hiperparatiroidismo
	Enfermedades de Cushing y Addison
	Hipogonadismo
	Hipoglucemia – diabetes
Cardiovasculares	Infarto de miocardio
	Miocardiopatías
Reumatológicas	LES
	Artritis reumatoide
	Síndrome carcinoide
	Fibromialgia
Infecciones	SIDA
	Encefalitis
	Tuberculosis
	Mononucleosis infecciosas

	Cuadros virales
Oncológicas	Cáncer de páncreas
	Otros tumores abdominales
	Neoplasias cerebrales
Otras	Anemias
	Déficits vitamínicos
Psiquiátricas	Esquizofrenia
	Trastornos de la personalidad
	Ansiedad
	Demencia

**Tabla 6.** Diagnóstico diferencial de Depresión

Existen sustancias que se relacionan etiológicamente al estado de depresión, entre las que destacan: fármacos cardiológicos como metildopa, propanolol, digitálicos, prazosina, lidocaína; antibióticos y antimicóticos como ampicilina, sulfametoxazol, clotrimazol, tetraciclina, metronidazol, sulfonamidas; sedantes-hipnóticos como barbitúricos, etanol, benzodiazepinas; anorexigénicos y estimulantes como anfetamina, fenmetracina, fenfluramina; hormonas y esteroides como corticoides, anticonceptivos orales, prednisona, danazol; agentes neurológicos como amantadina, bromocriptina, levodopa, carbamazepina, fenitoína; analgésicos, antineoplásicos, anticolinesterasas, entre otros.<sup>8</sup>

El tratamiento de la depresión en el adulto mayor requiere de un abordaje individualizado e integral, considerando su condición biológica global, sus recursos para afrontar la depresión y su entorno.<sup>18</sup>

Es de vital importancia la identificación temprana, así como la intervención precoz. Los cuidadores deben estar alerta ante la posibilidad de síntomas depresivos, sobre todo cuando existen comorbilidades o se produce la pérdida de un ser cercano. Los familiares, en particular, deben estar atentos a los cambios sutiles en la personalidad, sobre todo la falta de entusiasmo y espontaneidad, la pérdida del sentido del humor y la aparición de olvidos.<sup>17</sup>

Los ancianos con depresión leve recién establecida pueden responder a la psicoterapia y no necesitar terapia farmacológica. La psicoterapia suele ser eficaz para tratar la depresión sin síntomas melancólicos significativos. Cuando se combina con antidepresivos, puede beneficiar a los pacientes con depresión grave. Las terapias conductual y cognitiva se consideran más efectivas que las de orientación no directiva o analítica, las cuales pueden ayudar a reintegrar al paciente en su ambiente social tras la depresión grave y ser útiles para prevenir las recaídas, sobre todo por depresión episódica. La psicoterapia debe realizarla un psiquiatra, un psicólogo clínico o un trabajador social de salud mental, o bien requerir un equipo interdisciplinario.<sup>18</sup>

Las terapias cognitivo-conductuales son las que tienen mayor base de datos en eficacia clínica. Hay una clara ventaja de tratamiento combinado (terapia psicológica más antidepresivos), frente a los antidepresivos solos, porque potencialmente es la opción más rentable.<sup>23, 24, 32</sup>

Al elegir antidepresivos como tratamiento para la depresión, se deben considerar sus interacciones, efectos colaterales y vida media. Se recomienda iniciar con una dosis mínima y valorar gradualmente la dosis terapéutica, progresando con lentitud para que alrededor de las seis semanas es recomendable haber alcanzado dosis necesarias.<sup>23, 24, 32</sup>

Es importante tomar en cuenta los efectos adversos. Aunque los antidepresivos tricíclicos se utilizan de manera frecuente, los ancianos tienen dificultad para tolerar los efectos anticolinérgicos (sobre de amitriptilina) y la hipotensión postural que es probable que estos fármacos induzcan. Los inhibidores de la monoamino oxidasa se utilizan con menos frecuencia porque tienen efectos adversos significativos y porque no representan mayor eficacia que otros fármacos.<sup>18, 33</sup>

Por tanto, los fármacos de elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) con relativamente pocos efectos adversos cardiovasculares

y anticolinérgicos. La disfunción sexual es un efecto presente de los ISRS, así como acinesia, agitación y otros trastornos del movimiento.<sup>18</sup>

La depresión se asocia con otros síndromes geriátricos de manera importante, así como con diversas comorbilidades, siendo común su presencia ante fracturas de cadera siendo el mayor periodo de riesgo inmediatamente después del evento. También se asocia con el abatimiento funcional en el paciente, por lo cual se debe evaluar funcionalmente al paciente deprimido al momento del diagnóstico y durante el seguimiento.<sup>9</sup>

De igual manera, se ha observado que la depresión se asocia frecuentemente con un deterioro cognitivo y es hasta 42% en pacientes con polifarmacia.<sup>10</sup> Existe una relación directa entre la depresión y los trastornos del sueño: insomnio, apnea obstructiva del sueño, síndrome de piernas inquietas. El insomnio persistente puede perpetuar la depresión y la distimia en algunos pacientes, especialmente los que reciben atención médica en el primer nivel de atención. La búsqueda intencionada de depresión y ansiedad en pacientes ancianos con insomnio es obligada, ya que son causas frecuentemente encontradas como causa directa o indirecta de este trastorno del sueño.<sup>10</sup>

La capacidad funcional del adulto mayor se define como "el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno". Dicha capacidad está determinada por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. La habilidad psicomotora, entendida como la ejecución de habilidades prácticas que requieren la actividad coordinada muscular, junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, que son las bases para las actividades de la vida diaria.<sup>25</sup>

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los

adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.<sup>26</sup>

El estado funcional, puede ser evaluado en tres niveles: las ABVD, las AIVD y las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).<sup>25</sup> Las actividades de la vida diaria, actividades personales de la vida diaria o también llamadas AVBD, son definidas como aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo como bañarse, vestirse, asearse, continencia, la alimentación y las transferencias.<sup>25</sup> Las AIVD se refieren a la capacidad de mantener un hogar independiente, a realizar compras de comestibles, conducir o utilizar el transporte público, utilizar el teléfono, preparación de comidas, tareas domésticas, reparaciones en el hogar, lavandería, tomar la medicación y manejar las finanzas. Las AAVD se refieren a la capacidad para cumplir con la sociedad, comunidad y roles familiares como participar en la tarea de recreo u ocupacional. Estas actividades varían considerablemente de un individuo a otro.<sup>25</sup>

El decline funcional en AIVD, pueden ser un signo temprano de depresión, demencia, riesgo de caídas, incontinencia, deterioro visual y otras enfermedades como arterial coronaria, si no se encuentra una causa reversible para este deterioro funcional. La pérdida de la funcionalidad en ABVD es signo frecuente de empeoramiento de una enfermedad o combinado al impacto de la comorbilidad o un estado terminal; sin embargo, muchas personas ancianas con deterioro funcional para ABVD pueden estar en casa con servicios apropiados, o en asilos donde se pueda ofrecer asistencia de acuerdo con las necesidades de éstos.<sup>9</sup>

Se ha demostrado que primero se pierde la capacidad de efectuar de forma independiente las actividades instrumentadas y luego las básicas; de estas

últimas, las tareas como la capacidad de deambular o efectuar el baño de forma independiente son las primeras para las cuales los individuos tienen dificultades en su realización, mientras que la capacidad para alimentarse sin necesidad de ayuda es la última que se pierde.<sup>22, 27</sup>

Existen numerosos instrumentos para la evaluación funcional:

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):

- Método de Katz (Katz et al., 1963).
- Índice de Barthel (Mahoney, Barthel, 1950); es el instrumento de medición de las ABVD más usado por la mayoría de los autores británicos y recomendado por la Sociedad Británica de Geriátrica.

Actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD):

- Escala geriátrica de Lawton y Brody (Lawton, Brody, 1969); se utiliza en todo el mundo y en múltiples estudios siguiendo el marco conceptual de funcionalidad.

Dentro de las escalas de medición de AIVD, la más recomendada y usada es la Escala del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton. Consta de ocho parámetros: uso de teléfono, realización de compra, preparación de comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, manejo de medicamentos y de asuntos económicos. Se les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).<sup>27</sup>

La escala de Lawton es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional en los ancianos que viven en sus domicilios e institucionalizados. Esta escala se recomienda para la evaluación del adulto mayor que se considera en un nivel de fragilidad, ya sea por una enfermedad crónica o por estar recuperándose de un periodo de inmovilidad.<sup>27</sup>

De forma clásica, hay tres actividades que se consideran propias de las mujeres (comida, tareas del hogar y lavar ropa); por ello, los autores suprimen dichas actividades al momento de evaluar el género masculino, por lo cual existe una puntuación distinta para mujeres y para hombres.<sup>9</sup>

### **3.3. Marco contextual**

El aumento progresivo de la esperanza de vida y la dinámica poblacional en transición por la cual nos encontramos (descenso de la fecundidad) influyen en el aumento significativo del número de adultos mayores, lo cual se relaciona con las patologías que pueden presentarse debido a esta interacción demográfica.<sup>30</sup>

Según la Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSA 2012) los adultos mayores representan la masa poblacional con mayor número de discapacidad en el país, lo cual repercute a nivel biológico, social, económico y cultural, pues el envejecimiento poblacional provoca que fenómenos poco comunes relacionados con la edad se agudicen y se conviertan en las nuevas patologías a las cuales se debe enfrentar el sistema de salud.<sup>30</sup>

Los procesos crónico-degenerativos que van directamente ligados a la edad y la morbilidad son las principales causas de discapacidad entre la población adulta mayor pues aproximadamente ocho de cada 10 casos de discapacidad se relacionan con edad avanzada y enfermedad. Dentro de esas patologías podemos encontrar a la depresión, la cual se encuentra entre las principales causas de deterioro funcional y cognitivo, lo que a su vez provocará descontrol o aparición de nuevas enfermedades perpetuando en el adulto mayor la alteración en el estado de ánimo y éste deterioro progresivo y gradual se hará más evidente, provocando dependencia y alteración en la dinámica familiar.<sup>31</sup>

El presente estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, con una población de mayores de 65 años de 24,075; ubicada en la delegación Benito Juárez. Esta unidad cuenta con una población mayormente

envejecida, con polifarmacia y múltiples comorbilidades, en su mayoría con apoyo de algún familiar, es decir, no se encuentran en situación de abandono.

Es por esto por lo que se deben identificar factores que favorezcan la pérdida de la funcionalidad en pacientes geriátricos, pues condiciona un estilo y calidad de vida menos favorable para su desarrollo individual. El objetivo de este estudio es identificar la asociación entre depresión y funcionalidad en los pacientes geriátricos de la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera” IMSS.

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

Los trastornos depresivos son los trastornos psiquiátricos más frecuentes y ocasionan elevadas cargas económicas para la sociedad y sufrimiento emotivo para los pacientes afectados. La depresión contribuye a elevar la morbimortalidad, disminuye la calidad de vida e incrementa costos del cuidado de la salud. A pesar de una mayor conciencia pública de la depresión y una gran variedad de tratamientos eficaces, la depresión en los adultos mayores sigue siendo poco reconocida y mucho menos tratada. Es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico.

El costo de la depresión para la sociedad es elevado, pues ocasiona más discapacidad que las enfermedades pulmonares o la diabetes. Sólo las enfermedades cardíacas dan lugar a más disfunción. El costo directo del tratamiento de la depresión es aproximadamente de 12 000 millones de dólares al año. Se generan costos adicionales de 23 000 millones de dólares a consecuencia de ausentismo y muerte prematura por suicidio, y el empeoramiento de otras afecciones médicas tiene un costo estimado de 8 000 millones al año.

Estos costos financieros no deben opacar el costo emotivo de la depresión, tanto para los pacientes como para sus familias. Debido a que la naturaleza del sufrimiento psicológico es diferente de las manifestaciones físicas de la

enfermedad, a menudo el dolor que experimenta el paciente deprimido no es apreciado por sus familiares, sus amistades o el médico.

En México hay pocos estudios acerca de la prevalencia de depresión en adultos mayores y aunque hay estudios que consideran que la depresión genera un impacto en la calidad de vida del paciente; no hay algún estudio que determine si existe o no la asociación entre la depresión y la capacidad funcional en adultos mayores.

Las escalas mencionadas anteriormente para evaluar tanto la depresión como la capacidad funcional en adultos mayores, son de gran valor diagnóstico, son fáciles de aplicar y permiten estadificar a los pacientes.

Todo esto permite enfocarnos en la prevención primaria, secundaria y diagnóstico oportuno de la depresión e identificar el impacto que tiene en la población de adultos mayores.

## **5. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA**

La depresión es un problema de salud que impacta en el estado de salud de los individuos que la poseen. Esta problemática se evidencia más en población geriátrica, la cual tiene mayor susceptibilidad de morbilidad, y por tanto a repercutir en su estado de salud.

Las alteraciones de la salud mental representan una contribución importante a la carga de las enfermedades crónicas en cuanto a costos y discapacidad.

Los problemas de salud mental son responsables de 31% de los años de vida perdidos por discapacidad entre las enfermedades no transmisibles; la depresión es la segunda causa de discapacidad para los adultos en general y la demencia la primera para los adultos mayores. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, es inminente la necesidad de considerar la depresión como una prioridad en la salud pública y la asistencia social.

Asimismo, el decline funcional en AIVD, podría ser un signo temprano de depresión, y de algunos otros síndromes geriátricos, demencia, riesgo de caídas, incontinencia, déficit visual, y auditivo.

El deterioro del estado de salud de los adultos mayores tiene un impacto directo sobre la morbilidad general y la utilización de los servicios de salud. Los ingresos hospitalarios por este grupo poblacional se han acrecentado en los últimos seis años. Los hogares con personas mayores consumen 50% más recursos en salud que el promedio, y los AM tienen una probabilidad doble de ser hospitalizados con respecto a los más jóvenes.

Por lo anterior, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la asociación entre depresión y funcionalidad en pacientes geriátricos de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”, IMSS

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1. Objetivo General:**

- Identificar la asociación que existe entre depresión y funcionalidad en pacientes geriátricos de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”, IMSS.

### **6.2. Objetivos Específicos:**

- Evaluar las variables socio demográficas presentes en los pacientes geriátricos.
- Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes geriátricos de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”, IMSS.
- Valorar el estado de funcionalidad en los pacientes geriátricos de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”, IMSS.
- Determinar las comorbilidades presentes en los pacientes geriátricos de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”, IMSS.

## **7. HIPÓTESIS**

### **7.1. Hipótesis nula (Ho)**

No existe una alta prevalencia de asociación positiva entre depresión y deterioro funcional en pacientes geriátricos derechohabientes del IMSS.

### **7.2. Hipótesis alterna (Ha)**

Existe una alta prevalencia de asociación positiva entre depresión y deterioro funcional en pacientes geriátricos derechohabientes del IMSS.

## **8. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **8.1. Periodo y sitio de estudio.**

Éste trabajo se realizará con los pacientes geriátricos que acuden a la consulta externa de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”, IMSS. en un periodo de 6 meses.

### **8.2. Universo de trabajo**

Pacientes geriátricos mayores de 65 años derechohabientes adscritos a la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”, IMSS.

### **8.3. Unidad de análisis**

Se estudiará a pacientes geriátricos mayores de 65 años, de ambos sexos que acudan a la consulta externa de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”, IMSS.

### **8.4. Diseño de estudio**

Observacional, transversal y descriptivo

### **8.5. Criterios de selección**

#### **8.5.1. Criterios de inclusión:**

-Hombres y mujeres derechohabientes, mayores de 65 años, adscritos a la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”, IMSS.

#### **8.5.2. Criterios de exclusión:**

-Pacientes con problemas psiquiátricos  
-Pacientes geriátricos con discapacidad funcional total

### 8.5.3. Criterios de eliminación:

- Pacientes que por cuestiones adversas no terminen de contestar la encuesta en el momento del estudio
- Pacientes geriátricos que pierdan vigencia de derechos

## 9. MUESTREO

Tipo de muestreo

- No probabilístico por conveniencia

### 9.1. Cálculo de tamaño de muestra

Se realizará un trabajo de tipo observacional, donde las variables son de tipo cualitativo, que se reporta mediante la proporción del fenómeno en estudio en la población de referencia, por lo cual la muestra se calculó a través de fórmula para población infinita (cuando se desconoce el total de unidades de observación que la integran o la población es mayor a 10,000):<sup>17</sup>

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

La suma de la p y la q siempre debe dar 1.

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

% Error	Nivel de Confianza	Valor de Z calculado en tablas
1	99 %	2.58
5	95 %	1.96
10	90 %	1.645

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

El valor de Z con un nivel de confianza del 95% = 1.96

d = valor de 5

Sustituyendo en la fórmula:

$$n = (1.96^2) (0.6) (0.4) / 0.05^2$$

$$n = (3.84) (0.24) / 0.0025$$

$$n = 0.92 / 0.0025$$

$$n = 368$$

## 10. VARIABLES

Variables socio demográficas:

- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Estado civil

Variables independientes:

- Comorbilidades

Variables dependientes:

- Capacidad funcional
- Estado de ánimo

### 10.1. Operacionalización de variables.

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Indicador
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos <sup>34</sup>	Fenotipo	Cualitativa	Nominal	1.- Femenino 2.- Masculino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento <sup>35</sup>	Número de años al realizar la encuesta	Cuantitativa	Discontinua	Años cumplidos
Estado civil	Conjunto de situaciones en las que se ubica el ser humano dentro de la sociedad, respecto de los derechos y obligaciones que le corresponden, con carácter de pertenencia y permanencia <sup>3</sup>	Su situación civil reportada al momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Unión libre 3. Casado 4. Divorciado 5. Viudo
Comorbilidad	Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible <sup>37</sup>	Patología que presenta el paciente al momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal	1.- HAS 2.- DT2 3.- Dislipidemias 4.- Gonartrosis 5.- Neumopatías 6.- otras.

Estado de ánimo	Estado emocional generalizado y persistente que influye en la manera de percibir el mundo <sup>38</sup>	Puntuación en la escala geriátrica de depresión de Yesavage	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Normal (&lt;=5pts)</li> <li>2. Depresión leve (6-10 pts.)</li> <li>3. Depresión establecida (&gt;10pts)</li> </ol>
Capacidad funcional	Conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno <sup>39</sup>	Puntuación en la escala de Lawton y Brody	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autonomía</li> <li>2. Dependencia leve</li> <li>3. Dependencia moderada</li> <li>4. Dependencia grave</li> <li>5. Dependencia total</li> </ol>

## 11. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se realizará un estudio observacional, transversal y descriptivo en el cual se revisarán 368 derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social correspondientes a la Unidad de Medicina Familiar número 28 con edad mayor a 65 años hombres y mujeres. Intervención: posterior a la firma del consentimiento informado, se integrará ficha de identificación, y los siguientes cuestionarios ya validados en un tiempo de 20 minutos donde se aplicarán las escalas de Lawton y Brody para actividades instrumentadas de la vida diaria y la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Con los datos obtenidos se analizará la relación entre funcionalidad y depresión en pacientes geriátricos.

## 12. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de los datos se empleará estadística descriptiva. Para las variables cualitativas, se utilizarán frecuencias y porcentajes de las respuestas

obtenidas, para relacionar el grado de depresión, y la capacidad funcional, se utilizará estadística inferencial, usando las pruebas  $X^2$  o prueba exacta de Fisher, con nivel de significancia de 0.05. El análisis estadístico se realizara con el programa SPSS versión 22. Los datos se analizarán en el periodo descrito en el cronograma.

### **13. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se consideró este estudio de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Con base en el artículo 17 del anterior reglamento, esta investigación se considera una: Investigación con riesgos mínimos.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 59ª asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, en sus apartados 3 y 6. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica; El bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener primacía sobre todos los intereses. En su apartado 23 menciona. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al Comité de Ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este Comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El Comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

Apegándose al “Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación”, el presente protocolo se basa en sus principios:

En su apartado de Principios Éticos Básicos.

I. Respeto a las personas. Los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, es decir, tienen la capacidad de decidir con toda libertad si desean o no participar en el estudio una vez explicados todos los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones descritos en el consentimiento informado. Las personas con autonomía disminuida tienen derecho a la protección.

III. Beneficencia. Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar en el sentido de no hacer daño y aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.

III. Justicia. Los riesgos y beneficios del estudio de investigación deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio, evitando bajo toda circunstancia procedimientos de riesgo exclusivamente a población vulnerable.

En su apartado de Aplicaciones:

I. Consentimiento informado: El respeto por las personas exige que a los sujetos se les dé la oportunidad de escoger lo que les ocurrirá o no. Esta oportunidad se provee cuando se satisfacen estándares adecuados de consentimiento informado el cual contiene tres elementos: a) Información; b) comprensión; c) voluntariedad.

a) Información: Incluye procedimiento de investigación, propósitos, riesgos y beneficios que se prevén, personas responsables de la investigación y una declaración que ofrece al sujeto la oportunidad de hacer preguntas y de retirarse de la investigación en cualquier momento.

b) Comprensión: Los investigadores son responsables de asegurarse que la información que se da a los sujetos está completa y es comprendida adecuadamente.

c) Voluntariedad: El consentimiento de participar en la investigación es válido sólo si es dado voluntariamente.

II. Valoración de riesgos y beneficios: Requiere organizar con cuidado los datos importantes incluyendo, en algunos casos, maneras alternas de obtener los beneficios que se persiguen con la investigación.

III. Selección de sujetos: Del mismo modo que el principio del respeto por las personas se expresa en la exigencia del consentimiento y el principio de la beneficencia en la valoración de riesgos y beneficios, el principio de justicia da lugar a la exigencia moral de que hay procedimientos y resultados justos en la selección de los sujetos de investigación.

Así mismo, el protocolo se apega al “Código de Nuremberg” Normas éticas sobre experimentación en seres humanos:

- I. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
- II. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.
- III. Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.
- IV. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.
- V. Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en

aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.

VI. El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.

VII. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.

VIII. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.

IX. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

De la misma manera, el procedimiento se apega con las “Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos” establecidas en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra 2016, el presente protocolo se basa en sus pautas:

Pauta 1. Valor social y científico, y respeto de los derechos.

Pauta 2. Investigación en entornos de escasos recursos.

Pauta 3. Distribución equitativa de beneficios y cargas en la selección de individuos y grupos de participantes en una investigación.

Pauta 4. Dentro de los posibles beneficios individuales, todo paciente que se diagnostique con trastorno de estrés postraumático se notificará a su médico familiar para su referencia a psicología y/o psiquiatría. Dentro de los posibles

riesgos de participar en una investigación; para justificar la imposición de cualquier riesgo a los participantes en una investigación relacionada con la salud, esta debe de tener valor social y científico.

Pauta 8. Asociaciones de colaboración y formación de capacidad para la investigación y la revisión de la investigación.

### **13.1. Aspectos de bioseguridad**

Debido a que no se requiere toma de muestras biológicas, no se requiere tomar medidas de bioseguridad para el manejo de muestras, sólo la vigilancia del paciente durante las evaluaciones.

### **13.2. Conflictos de interés**

Declaro que el grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio

## **14. RECURSOS**

### **14.1. Humanos**

- Médico residente  
Dr. Leonardo David Galicia Gutiérrez
- Asesor clínico  
Dr. Juan Luis Vega Blancas
- Asesor metodológico  
Dr. Juan Luis Vega Blancas

### **14.2. Materiales**

- Instrumento de recolección de datos: 368 copias
- Escala de depresión de Yesavage: 368 copias
- Escala de Lawton y Brody para actividades instrumentadas de la vida diaria:  
368 copias
- Sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 28
- Equipo de cómputo
- Lápices: 15 lápices
- Bolígrafos: 15 bolígrafos

- Hojas: 500 hojas blancas
- Consentimiento informado: 368 copias

#### **14.3. Económicos**

Los recursos materiales serán aportados por el médico residente, el estudio no cuenta con financiamiento institucional ni extrainstitucional.

#### **14.4. Factibilidad**

Se realizará dentro de las instalaciones de la UMF 28 Gabriel Mancera, previo consentimiento informado, interrogando a los pacientes que decidan participar de manera directa, aplicando los cuestionarios en un lapso menor a 20 minutos, se interpretará la evaluación y se generarán resultados.

### **15. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

La limitación más importante de este estudio es la fidelidad y veracidad de los datos proporcionados, además de la poca empatía que exista en la participación de los pacientes para realizar el cuestionario y propiamente para participar en la investigación.

### **16. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS**

Conocer y analizar la relación que existe entre depresión y funcionalidad en pacientes geriátricos para desarrollar estrategias de prevención y diagnóstico oportuno y así detener el deterioro progresivo que ésta implica.

### **17. MANIOBRAS PARA EVITAR SESGOS**

En este estudio el sesgo de selección se controlará, ya que los investigadores seleccionaran directamente a los pacientes a través de los criterios de inclusión.

El sesgo de registro de datos se controlará realizando una doble verificación al conformar la base de datos.

Para el sesgo de mala interpretación de la información se corroborarán los resultados de la investigación con el apoyo de un asesor metodológico especialista en epidemiología y desarrollo de proyectos de investigación.

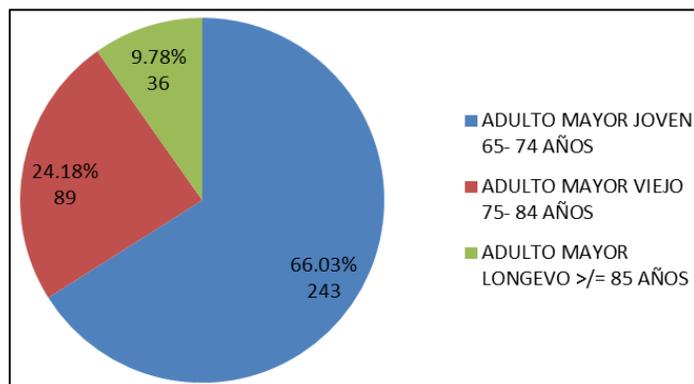
## 18.RESULTADOS

Se encuestaron a 368 pacientes mayores de 65 años de edad derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que corresponden a la Unidad de Medicina Familiar número 28, con una mediana de edad de 72 años y una moda de 66 años de los cuales se obtuvo una población femenina del 58.69 (216 pacientes) y una población masculina del 41.3% (152 pacientes); en cuanto a estado civil, casados es el más frecuente. (Tabla 1).

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>SEXO</b>		
FEMENINO	216	58.69
MASCULINO	152	41.31
<b>ESTADO CIVIL</b>		
CASADO	194	52.71
SOLTERO	50	13.59
DIVORDIADO	59	16.04
UNIÓN LIBRE	15	4.07
VIUDO	50	13.59

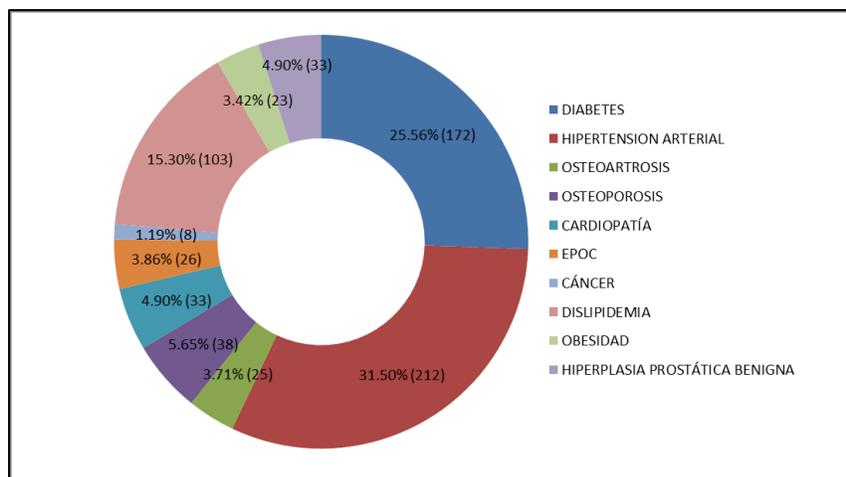
Tabla 1. Características generales de la población

Se clasificaron a los pacientes de acuerdo a rangos específicos de edad según el grupo etario teniendo al grupo de adulto mayor joven, es decir, una edad comprendida entre 65 a 74 años como el más frecuente con 66.03% (243 pacientes). (Gráfica 1).



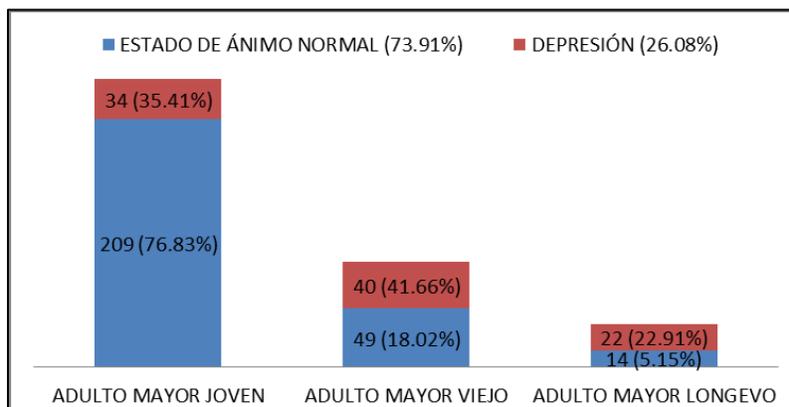
Gráfica 1. Pacientes agrupados por edad.

Con respecto a las comorbilidades que presentaron los pacientes al momento del estudio se encontró una mayor frecuencia de pacientes con hipertensión arterial sistémica con 31.5% (212 pacientes) seguido de diabetes tipo 2 con 25.56% (172 pacientes), destacando la presencia de componentes del síndrome metabólico como dislipidemia, obesidad y cardiopatía como factores de riesgo. (Gráfica 2).



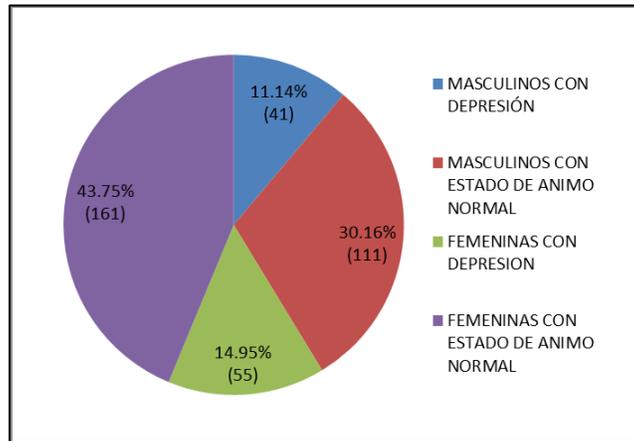
Gráfica 2. Comorbilidades al momento del estudio.

A continuación, se muestra la prevalencia de depresión la cual es de 26.08% (96 pacientes); en donde el grupo con mayor frecuencia de depresión es el de adulto mayor viejo con 41.66% (40 pacientes), sin embargo la proporción de pacientes sin depresión y los que si la padecen es mayor en el grupo de 85 años y más.



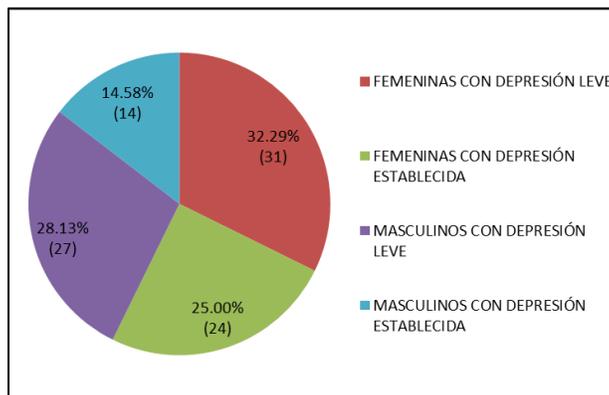
Gráfica 3. Estado de ánimo de acuerdo a grupo etario.

Se encontró en éste estudio que el género con mayor prevalencia de depresión son las mujeres con un 14.95% (55 pacientes) y los hombres con depresión se encuentran en un 11.14% (41 pacientes). (Gráfica 4).



**Gráfica 4.** Depresión de acuerdo género.

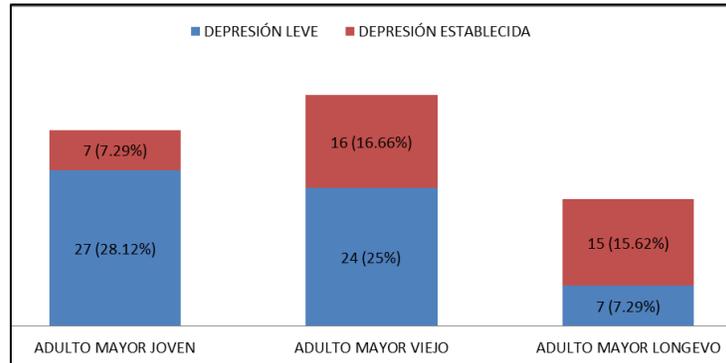
En cuanto al grado de depresión, se encontró que es más frecuente el grado de depresión leve en ambos sexos; mujeres con 32.29% (31 pacientes) y hombres con 28.13% (27 pacientes), así mismo, el género masculino se encuentra menos afectado ya que presenta un 14.58% de depresión establecida. (Gráfica 5).



**Gráfica 5.** Grado de depresión de acuerdo a sexo.

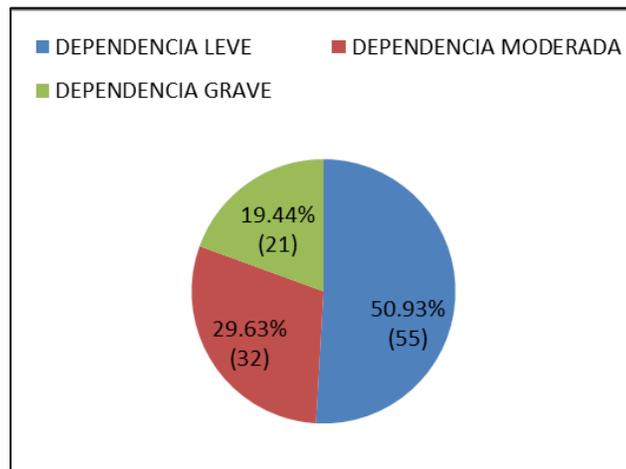
Se agrupó a los pacientes de acuerdo a los niveles de depresión y el grupo etario al que pertenecen, obteniendo como resultado una mayor frecuencia de depresión leve en el grupo de adulto mayor joven con 28.12% (27 pacientes), sin embargo se encontró que existe una mayor relación con respecto a grado de depresión

establecida y depresión leve en el grupo de adulto mayor longevo con un 15.62% (15 pacientes) contra un 7.29% (7 pacientes) respectivamente. (Gráfica 6).



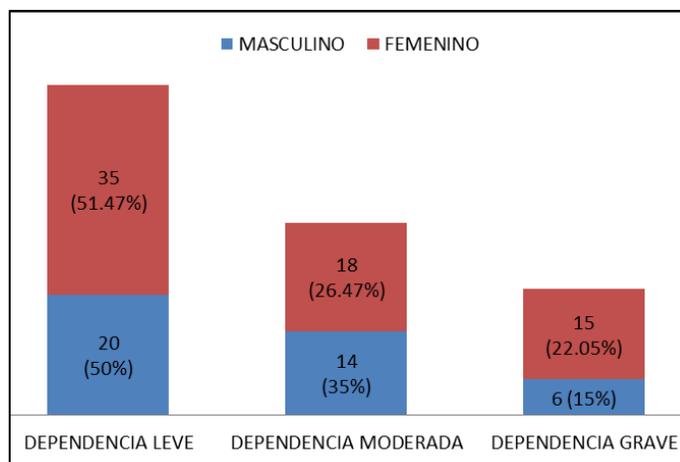
**Gráfica 6.** Grado de depresión de acuerdo a grupo etario.

Se encontró un total de 108 pacientes con dependencia funcional, de los cuales el 50.93% (55 pacientes) presentaron dependencia leve y el 19.44% (21 pacientes) tienen un grado de dependencia grave. (Gráfica 7).



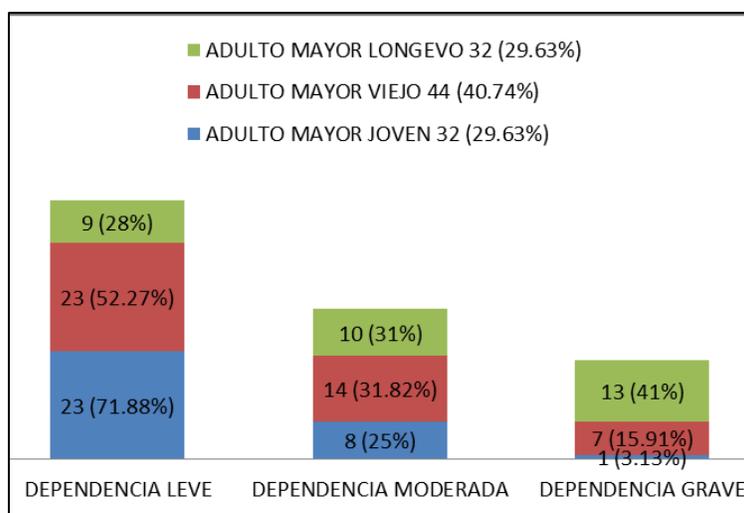
**Gráfica 7.** Grado de dependencia.

Con relación al grado de dependencia y el sexo de los pacientes se encontró que las mujeres presentan una mayor prevalencia de dependencia funcional en cualquiera de sus grados con un 62.96% (68 pacientes) con respecto a los hombres con un 37.03% (40 pacientes), siendo más frecuente en ambos géneros la dependencia leve con un 51.47% (35 pacientes) y un 50% (20 pacientes) respectivamente. (Gráfica 8).



**Gráfica 8.** Grado de dependencia de acuerdo a sexo.

En cuanto a la funcionalidad y grupo etario se encontró que los pacientes con edad comprendida entre 75 y 84 años fueron quienes más presentaron algún grado de dependencia funcional; 40.74% (44 pacientes) observando que la dependencia leve es la más frecuente en dicho grupo con un 52.27% (23 pacientes) contrario a lo obtenido en relación al grupo de adulto mayor longevo en donde se observa una mayor prevalencia de dependencia grave con un 41% (13 pacientes). (Gráfica 9).



**Gráfica 9.** Grado de dependencia de acuerdo a grupo etario.

Se encontró que hay un 18.48% (68 pacientes) que presentan algún grado de depresión y dependencia funcional, 63.04% (232 pacientes) se encuentran con estado de ánimo normal y sin algún grado de dependencia, seguido de los

encuestados con algún grado de dependencia o funcionalidad pero sin la condición restante, 10.87% (40 pacientes) y 7.81% (28 pacientes) respectivamente. (Tabla 2).

	INDEPENDENCIA	PORCENTAJE	DEPENDENCIA	PORCENTAJE
<b>ESTADO DE ÁNIMO</b>				
NORMAL	232	63.04	40	10.87
DEPRESIÓN	28	7.81	68	18.48

**Tabla 2.** Grado de depresión y dependencia.

Se obtuvo una significancia estadística entre la depresión y la capacidad funcional disminuida sin importancia del grado de dependencia con una  $p=0.019$  sin embargo, el porcentaje de depresión con respecto a estado de ánimo normal y dependencia grave se encuentra en un 95.23% (20 pacientes) comparado con un 41.81% (23 pacientes) quienes presentan dependencia leve. (Tabla 3).

	DEPRESIÓN	PORCENTAJE	ESTADO DE ÁNIMO NORMAL	PORCENTAJE	P
<b>SEXO</b>					
FEMENINO	55	25.47	161	74.53	0.145
MASCULINO	41	26.98	111	73.02	
<b>ESTADO CIVIL</b>					
CASADO	38	19.59	156	80.41	0.132
SOLTERO	19	38	31	62	
DIVORDIADO	11	18.64	48	81.36	
UNIÓN LIBRE	3	20	12	80	
VIUDO	25	50	25	50	
<b>GRUPO ETARIO</b>					
65-74	34	13.99	209	86.01	0.076
75-84	40	44.94	49	55.06	
85 Y MÁS	22	61.11	14	38.89	
<b>FUNCIONALIDAD</b>					
INDEPENDIENTE	28	10.76	232	89.24	0.019
LEVE	23	41.81	32	58.19	
MODERADA	25	78.12	7	21.88	
GRAVE	20	95.23	1	4.77	
<b>COMORBILIDADES</b>					
SIN COMORBILIDAD	4	25	12	75	0.215
AL MENOS UNA	92	26.13	260	73.87	

**Tabla 3.** Significancia estadística entre depresión y funcionalidad mediante Chi-cuadrado de Pearson

## 19. DISCUSIÓN

Los adultos mayores representan la masa poblacional con mayor deterioro funcional lo que repercute en diversos niveles como el biológico, social, económico, cultural y psicológico<sup>30</sup> siendo la depresión un factor importante para su desarrollo y su mantenimiento lo que provoca mayor deterioro el cual llevará a una dependencia gradual y a su vez, se conoce que dicha patología tiene una alta prevalencia a nivel mundial<sup>31</sup> y se aprecia en el presente estudio una estadística similar a la registrada actualmente, tanto en relación con el género como en la edad.

Se encontró una mayor prevalencia de depresión, ya sea leve o establecida, en pacientes de 85 años y más, sin embargo no se presentó como una variable estadísticamente significativa, ( $p=0.076$ ) lo que explica que factores externos pueden influir en el desarrollo de depresión así como en la pérdida de la capacidad funcional como se puede observar en el envejecimiento y los cambios normales que pueden manifestarse como declinaciones en el estado funcional y en el posterior desarrollo de alteraciones en el estado de ánimo condicionando la realización de sus actividades<sup>25, 26</sup>.

En cuanto a las comorbilidades encontramos un alto porcentaje de adultos mayores que presentan enfermedades concomitantes a la alteración del estado de ánimo lo que pudiera relacionarse como factor para el desarrollo de depresión en el adulto mayor y no entenderlo erróneamente como parte del proceso del envejecimiento<sup>9</sup>, a pesar de ello no se encontró una significancia estadística.

La valoración de la capacidad funcional en el adulto mayor es importante como parte de la evaluación integral del mismo, esto con el fin de establecer un punto de partida y poder identificar factores que condicionen la dependencia y así poder asociarlo a otras entidades como parte de un síndrome geriátrico y de ésta manera prevenir, modificar y tratar las diversas variables que afectan la funcionalidad del adulto mayor<sup>13</sup> y toma mayor importancia dicha evaluación ya

que los resultados de nuestro estudio arrojaron una significancia estadística positiva en cuanto a la asociación que existe entre depresión y la funcionalidad. Se destaca que existe una mayor prevalencia de pacientes con depresión asociado a la pérdida de la capacidad funcional ya que mientras más independientes resultaron los adultos mayores, menor porcentaje de depresión se observó, caso contrario a los pacientes con depresión que presentaron un estado funcional menor, sin embargo el número restante de pacientes con depresión sin alteración de la funcionalidad amplía el panorama de estudio de los diversos factores que pueden asociarse ésta entidad.

Es importante la valoración de los factores que pueden determinar un curso desfavorable para el desarrollo del adulto mayor, sobre todo si para detectar dichas condicionantes existen herramientas de fácil aplicabilidad y con un valor significativo pues la identificación temprana puede prevenir o modificar los desenlaces negativos.

## **20. CONCLUSIÓN**

La depresión como enfermedad frecuente en el adulto mayor favorece el desarrollo de una disminución progresiva de la funcionalidad lo que consecuentemente provoca un aumento en la demanda de los servicios de salud por las diversas comorbilidades que pueden presentar. Es por esto que toma mayor importancia el desempeño del médico familiar el cual está obligado a identificar los diversos factores de riesgo para dicha patología y prevenir, en primera instancia su aparición, y posteriormente su progresión para evitar desenlaces negativos.

El impacto que genera en diversas esferas del componente humano como la social, cultural, económica, biológica y psicológica entre otras nos marca la importancia de su correcto manejo y aunque el envejecimiento saludable es un objetivo a largo plazo para nuestra población, debemos actuar de manera enérgica para optimizar los recursos y así lograr aminorar su efecto.

Otra de las tareas del médico de familia está encaminada a promover un envejecimiento saludable con el consecuente resguardo de las reservas fisiológicas del adulto mayor, comenzando con dicho proceso desde el primer contacto y así mejorar la calidad de vida de los pacientes.

## 21. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Romero R, Martín S, Navarro L. El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de recursos. Tratado de Geriátria para residentes España: International Marketing & Communication. 2007; 2:33-46
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. 2018 (Consultado 29 Jul 2020). Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- 3.- Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe Banco Interamericano de Desarrollo. 2018 [Internet]. (Consultado 29 Jul 2020). Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- 4.- Rivera S, Rodríguez R, Treviño A. El envejecimiento de la población mexicana. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018;56(1):116
- 5.- GBD Risk Factors Collaborators. Global, regional and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet [Internet] (Consultado 29 Jul 2020) Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32366-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32366-8).
- 6.- Chen A, Jacobsen K, Deshmukh A, Scott B. The evolution of the disability-adjusted life year (DALY). Socio-economic planning sciences. 2015;49(1):10-15.
- 7.- Instituto Nacional de Geriátria. Salud mental en adultos Mayores mexicanos: Deterioro cognitivo, demencia y depresión. Foro Envejecimiento y Salud: Investigación para un plan de acción. [Internet] (Consultado 29 Jul 2020) Disponible en: [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/foro-envejecimiento/FS\\_SALUD\\_MENTAL.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/foro-envejecimiento/FS_SALUD_MENTAL.pdf)
- 8.- Rivera N, Benito L, Pazzi K. La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. Esp: Univ de Salam; 2015;71:103-118.

- 9.- Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2018 [Internet] (Consultado 31 Jul 2020) Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- 10.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. 2015 [Internet] (Consultado 29 Julio 2020) Disponible en: <http://educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/Depresi%C3%B3n/Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20del%20trastorno%20depresivo%20en%20el%20adulto%20-%20GER.pdf>
- 11.- Dechent R. Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. Rev Hosp Clin Univ Chile. 2008;19(1):339-346.
- 12.- Sosa O, Acosta C. La salud mental del adulto mayor. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Méx. Acad. Nac. de Med. 2015;1:101-109
- 13.- Sousa M, Ferri P, Acosta D. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66. Dementia Research Group population-based survey. The Lancet. 2009;374(9704):1821-1830.
- 14.- Flores P, Ramírez M, Trejo F. Depresión en adultos mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un Programa Social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Gac Med Mex. 2016 [Internet]. (Consultado 29 Jul 2020); 152:439-443
- 15.- Palomo T, Jiménez M, González P, Purificación L, Zorrilla M. Depresión unipolar y otras depresiones. Man. de psiq. Esp: Ene life; 2009;1:325-342
- 16.- Weissman M, Bland R, Joyce R. Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. Journal of Affective Disorders. 1993;29(2-3):77-84
- 17.- Blazer G. Depresión, Beers M, Berkow R. Manual Merck de Geriatria. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(3):180-18
- 18.- Díaz V, González G. Actualidades en neurobiología de la depresión. Rev Latinoam Psiq. 2012;11(3):106-115
- 19.- Elkin D, Feder A. Trastornos del estado de ánimo: trastornos depresivos. En: Elkin D. Psiq. clín. Méx: Mc Graw Hill; 2000;1:65-85

- 20.- Ávila F., Melano C. Payette H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Sal. púb. Méx.* 2007;49(5):367-375.
- 21.- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V-TR). Barcelona, España: Masson; p.387-476 [Internet]. (Consultado 29 Jul 2020) <https://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- 22.- Heinze M, Camacho S. Guía clínica para el manejo de la Depresión. México: Instituto Nacional de Psiquiatría; 2010. p. 12-24 [Internet] (Consultado 31 Jul 2020) Disponible en: [http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo\\_depresion.pdf](http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_depresion.pdf)
- 23.- García H, Noguerras E, Muñoz F, Morales A. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria. [Internet]. España: Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario “Carlos Haya”; 2011 (Consultado 31 Jul 2020) Disponible en: [http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC\\_488\\_Depresion\\_AP\\_Andalucia.pdf](http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_488_Depresion_AP_Andalucia.pdf)
- 24.- Segovia M, Torres H. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos.* 2011;22(4)162-166
- 25.- Organización Panamericana de la Salud. Evaluación funcional del adulto mayor. [Internet] (Consultado 29 Jul 2020) Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
- 26.- Gill M, Allore H, Holford T, Guo Z. The development of insidious disability in activities of daily living among community-living older persons. *Am J Med* 2004;117:484-491
- 27.- Trigás F, Ferreira G. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin* 2011; 72 (1): 11-16
- 28.- Manrique E, Salinas R, Moreno T, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud pública Méx.* 2013 [Internet]. (Consultado 31 Jul 2020);55(2):323-331. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a32.pdf>

- 29.- Bejines S, Velasco R, García O, et al. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Rev Enf Inst Mex Seguro Soc. 2015;23(1):9-15
- 30.- Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. Programa de acción: atención al envejecimiento. México: Secretaría de Salud; 2001 [Internet] (Consultado 02 Ago 2020). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf>
- 31.- Wiese B. Geriatric depression: The use of antidepressants in the elderly. BC Medical Journal. 2011;53(7):341-346.
- 32.- Hardy S. Methylphenidate for the treatment of depressive symptoms, including fatigue and apathy, in medically ill older adults and terminally ill adults. Am J Geriatr Pharmacother. 2009;7(1):34-59.
- 33.- Marcuello A., Elósegui M. Sexo, género, identidad sexual y sus patologías. Cuadernos de Bioética. 1999;10(39):459-477
- 34.- Rodríguez A. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. Horizonte sanitario. 2018;17(2):87-88.
- 35.- Tapia R. Introducción al derecho civil. México: McGraw-Hill; 2007;1:117
- 36.- Lifshitz A. Sobre la comorbilidad. Acta médica Ángeles. 2016;14(2):61-2.
- 37.- Vergara R. Naturaleza del estado de ánimo. Revista Chilena de Neuropsicología. 2006;1(1):29-30.
- 38.- De León B, Schyrley D. Revisión bibliográfica de la capacidad funcional en trabajadores mayores de 65 años. Med Segur Trab. 2011;57(222):63-65.

## 22. CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD</b> <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b>	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)	
Nombre del estudio:	Asociación entre depresión y funcionalidad en pacientes geriátricos de la unidad de medicina familiar no. 28 "Gabriel Mancera" del IMSS
Patrocinador externo (si aplica):	No existe
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar # 28 Gabriel Mancera ubicada en Gabriel Mancera 800, esquina San Borja Col. De Valle, Alcaldía Benito Juárez, CP 03100, Ciudad de México. FECHA: Enero 2021 a Marzo 2021
Número de registro:	R-2021-3703-014
Justificación y objetivos del estudio:	El investigador me ha informado que el presente estudio es necesario ya que el aumento del envejecimiento en México implica una mayor demanda en los servicios de salud, siendo las personas mayores de 65 años quienes padecen mayor número de enfermedades y discapacidad. Entre las enfermedades incapacitantes más importantes se encuentra la depresión pues genera un enlentecimiento y bajo rendimiento en los aspectos de la vida diaria que a su vez, afecta el desarrollo de las personas y sus relaciones con los demás. Por lo que entiendo que el objetivo de éste estudio es identificar la asociación que existe entre la depresión y la pérdida de la funcionalidad en el adulto mayor en la UMF 28 a través de un cuestionario para depresión y para funcionalidad.
Procedimientos:	Se me hace una cordial invitación para participar en este proyecto de investigación si cumplo con las condiciones necesarias y si acepto participar, se me aplicará un cuestionario que abarca datos de identificación, escala de depresión y de funcionalidad, los cuales son de fácil entendimiento y puede ser contestado en un periodo de 20 minutos para determinar la asociación entre depresión y funcionalidad.
Posibles riesgos y molestias:	El investigador me ha explicado que éste proyecto de investigación está calificado como "riesgos mínimos" puesto que puedo presentar molestia, incomodidad o tristeza con alguna de las preguntas por lo que, en caso de que alguna de éstas pudiera incomodarme, soy libre de no responderla.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de identificar datos compatibles con depresión asociado a disminución de funcionalidad, se me hará referencia como apoyo en atención integral al paciente. No habrá compensación económica alguna por mi participación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Con base en el puntaje de la escala de depresión y funcionalidad, se me informará el resultado en el momento de la entrevista y será referenciado (a) a los servicios pertinentes.
Participación o retiro:	Se me informa que mi participación es voluntaria y que, si decido retirarme o no participar, continuaré teniendo acceso a los servicios de salud u otras prestaciones que recibo en el IMSS. Así mismo puedo hacer las preguntas que desee al inicio o a lo largo del estudio a la persona encargada del estudio.
Privacidad y confidencialidad	Se me ha asegurado que la información que se obtenga como parte de este estudio será confidencial, que no se mencionará mi nombre, ni se me identificará de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado de este.
<b>Declaración de consentimiento:</b>	
En caso de recolección de material biológico:	
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
<b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b>	
Investigador responsable:	<b>Vega Blancas Juan Luis Matrícula 98389710</b> Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, con Alta Especialidad en Gerontología Médica. Consulta externa de UMF 28 "Gabriel Mancera" IMSS. Tel: 56843354, 5531483857. E-mail: luis_drvega@outlook.es
Colaboradores:	<b>Galicía Gutiérrez Leonardo David. Matrícula 97376231</b> Médico residente de la Especialidad en Medicina Familiar. Consulta externa de UMF 28 "Gabriel Mancera", IMSS. Tel: 5510794714 E-mail: leol1103@gmail.com
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 Cu 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	
_____ Nombre y firma del participante <b>Testigo 1</b>	<u>Leonardo David Galicia Gutiérrez</u> _____ Nombre y firma de quien entrega el consentimiento <b>Testigo 2</b>
_____ Nombre y firma	_____ Nombre y firma de testigo 2
Clave: <u>2810-009-013</u>	

## 23. REFERENCIA A MÉDICO TRATANTE



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 28 GABRIEL MANCERA  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

*\*Dr. Leonardo David Galicia Gutiérrez \*\*Dr. Juan Luis Vega Blancas,*

*\*Residente de la Especialidad de Medicina Familiar*

*\*\* Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar en UMF Número 28 "Gabriel Mancera" IMSS*

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

Por medio de este conducto me dirijo amablemente a Usted, como Médico Familiar adscrito al consultorio\_\_\_\_\_, turno\_\_\_\_\_, para hacer de su conocimiento que el paciente: \_\_\_\_\_, con NSS\_\_\_\_\_ adscrito al consultorio a su digno cargo, ha sido participe del estudio de investigación, **“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 “GABRIEL MANCERA” DEL IMSS”**

Se realizó mediante la escala de depresión de Yesavage así como la escala de actividades instrumentadas para la vida diaria que, de acuerdo con el resultado obtenido, el paciente se encuentra con depresión, el cual representa un riesgo para descontrol de patologías de base. Con base en lo anterior, se sugiere considerar la referencia a Psicología y/o Psiquiatría, con el fin de prevenir el desarrollo de complicaciones.

Le agradezco su atención y aprovecho para mandarle un cordial saludo.

Atentamente

\_\_\_\_\_  
Dr. Leonardo David Galicia Gutiérrez  
Médico Residente de Medicina Familiar

## 24. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Año	2020											2021											22	
Actividad	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	
Planteamiento del problema y marco teórico.																								
Hipótesis y variable																								
Objetivos																								
Cálculo de muestra																								
Hoja de registro																								
Presentación ante el SIRELCIS																								
Aceptación del SIRELCIS																								
Recolección de datos																								
Análisis de datos																								
Elaboración de conclusiones																								
Entrega de tesis																								

 REALIZADO

## 25. ANEXOS

### 25.1. Recolección de datos (Anexo 1)

 <p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD</b>  <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p>					
<b>RECOLECCIÓN DE DATOS</b>					
1. Pacientes geriátricos de ambos sexos				FOLIO _____	
2. Mayores de 65 años previa firma de un consentimiento					
<b>Título: Asociación entre depresión y funcionalidad en pacientes geriátricos de la unidad de medicina familiar número 28 "Gabriel Mancera" del IMSS</b>					
				Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____	
1. Nombre Completo: _____					
2. Turno: Matutino ( )      Vespertino ( )					
3. Número de Consultorio: (_____)					
4. Edad: _____ años cumplidos			5. Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )		
<b>6. ESTADO CIVIL</b>					
Soltero(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viudo(a) ( ) Unión libre ( )					
<b>7. COMORBILIDADES EXISTENTES</b>					
DT2 ( ) HAS ( ) Dislipidemia ( ) Otras ( )					
_____					
<b>8. TEST DE YESAVAGE. Responda con honestidad y franqueza las siguientes preguntas en su totalidad.</b>					
1.- NORMAL 0-5 PTOS. ( )					
2.- DEPRESIÓN LEVE 6-10 PTOS. ( )					
3.- DEPRESIÓN ESTABLECIDA >10 PTS ( )					
<b>9. ESCALA DE LAWTON Y BRODY PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA.</b>					
Dependencia	Total	Grave	Moderada	Leve	Independiente
Mujeres	0-1	2-3	4-5	6-7	8
Hombres	0	1	2-3	4	5

25.2. Escala de depresión de Yesavage (Anexo 2)

 <b>ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE</b>		
¿ESTÁ BÁSICAMENTE SATISFECHO CON SU VIDA?	1. SI ( )	2.- NO ( )
¿HA DEJADO ABANDONADAS MUCHAS ACTIVIDADES E INTERESES?	1.-SI ( )	2.- NO ( )
¿SIENTE QUE SU VIDA ESTÁ VACÍA?	1.-SI ( )	2.- NO ( )
¿SE SIENTE A CON FRECUENCIA ABURRIDO?	1.-SI ( )	2.- NO ( )
¿SE ENCUENTRA DE BUEN HUMOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?	1.-SI ( )	2.- NO ( )
¿TIENE MIEDO DE QUE LE SUCEDA ALGO MALO?	1.- SI ( )	2.-NO ( )
¿SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?	1.-SI ( )	2.- NO ( )
¿SE SIENTE A MENUDO SIN ESPERANZA / DESAMPARADO?	1.-SI ( )	2.- NO ( )
¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA MÁS QUE SALIR A HACER COSAS NUEVAS?	1.-SI ( )	2.- NO ( )
¿PIENSA QUE TIENE MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA?	1.-SI ( )	2.- NO ( )
¿CREE QUE ES MARAVILLOSO ESTAR VIVO?	1.-SI ( )	2.- NO ( )
¿PIENSA QUE NO VALE PARA NADA TAL COMO ESTÁ AHORA?	1.-SI ( )	2.- NO ( )
¿PIENSA QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1.-SI ( )	2.- NO ( )
¿SE SIENTE LLENO DE ENERGÍA?	1.-SI ( )	2.- NO ( )
¿CREE QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1.-SI ( )	2.- NO ( )
<b>TOTAL. 1.- NORMAL 0-5 PTOS. ( ) 2.- DEPRESIÓN LEVE 6-10 PTOS. ( ) 3.- DEPRESIÓN ESTABLECIDA &gt;10 PTS ( )</b>		
<small>SHEIKJ, YESAVAGE J. GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS): RECENT EVIDENCE AND DEVELOPMENT OF A SHORTER VERSION. IN:BRINK TL, EDS. CLINICAL GERONTOLOGY:A GUIDE ASSESSMENT AND INTGERVENTION. NEW YORK:HAWORTH,1986</small>		

**25.3. Escala de Lawton y Brody para actividades instrumentadas de la vida diaria (Anexo 3)**



**ESCALA DE LAWTON Y BRODY  
PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA.**

1	Capacidad para usar el teléfono: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza el teléfono por iniciativa propia</li> <li>• Es capaz de marcar bien algunos números familiares</li> <li>• Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar</li> <li>• No es capaz de usar el teléfono</li> </ul>	1 1 1 0
2	Hacer compras: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza todas las compras necesarias independientemente</li> <li>• Realiza independientemente pequeñas compras</li> <li>• Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra</li> <li>• Totalmente incapaz de comprar</li> </ul>	1 0 0 0
3	Preparación de la comida: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente</li> <li>• Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes</li> <li>• Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada</li> <li>• Necesita que le preparen y sirvan las comidas</li> </ul>	1 0 0 0
4	Cuidado de la casa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)</li> <li>• Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas</li> <li>• Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza</li> <li>• Necesita ayuda en todas las labores de la casa</li> <li>• No participa en ninguna labor de la casa</li> </ul>	1 1 1 1 0
5	Lavado de la ropa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lava por sí solo toda su ropa</li> <li>• Lava por sí solo pequeñas prendas</li> <li>• Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro</li> </ul>	1 1 0
6	Uso de medios de transporte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche</li> <li>• Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte</li> <li>• Viaja en transporte público cuando va acompañado por</li> </ul>	1 1 1 0 0

	otra persona <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros</li> <li>• No viaja</li> </ul>					
7	Responsabilidad respecto a su medicación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta</li> <li>• Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente</li> <li>• No es capaz de administrarse su medicación</li> </ul>	1 0 0				
8	Manejo de sus asuntos económicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo</li> <li>• Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...</li> <li>• Incapaz de manejar dinero</li> </ul>	1 1 0				
	Dependencia	Total	Grave	Moderada	Leve	Independiente
	Mujeres	0-1	2-3	4-5	6-7	8
	Hombres	0	1	2-3	4	5
Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-86.						

25.4. Carta de no inconveniente (Anexo 4)

 **GOBIERNO DE MÉXICO** |  **IMSS** |  **2020**  
LEONA VICARIO | **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
CDMX CIUDAD DE MÉXICO SUR  
Jefatura de Prestaciones Médicas

"2020, Año de Leona Vicario, Benemérita Madre de la Patria"

Ciudad de México, a 12 de Octubre de 2020

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
O.O.A.D. CDMX Sur

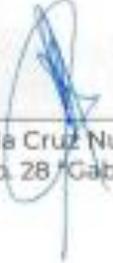
**PRESENTE**

Por medio del presente, manifiesto que **NO EXISTE INCONVENIENTE** en que se lleve a cabo el protocolo de investigación: **ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 "GABRIEL MANCERA" DEL IMSS**, en la Unidad a mi cargo bajo la responsabilidad del investigador principal Dr. Juan Luis Vega Blancas, Médico Familiar, adscrito a la U.M.F. No. 28, con Matrícula 98389710 y colaborador Médico Residente de Primer Grado Leonardo David Galicia Gutiérrez, con Matrícula 9737623L.

El presente protocolo es un estudio observacional, transversal y descriptivo en el cual, participarán 368 derechohabientes mayores de 65 años. Se aplicarán las escalas de Lawton y Brody para actividades instrumentales de la vida diaria, y la escala de depresión geriátrica de Yesavaye; y se analizará si existe asociación entre la depresión y el grado de dependencia.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

**Atentamente:**

  
Dra. Katia Gabriela Cruz Nuñez  
Directora UMF No. 28 "Gabriel Mancera"

