



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 24
CD. MANTE TAMAULIPAS

Asociación de Depresión y Dependencia Funcional en el Adulto

Mayor de la UMF No. 5

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



WALDO RAMON HERNANDEZ LUGO

Registro de autorización:
R-2021-2801-014

CD. MANTE TAMAULIPAS

2023

Asesor:

Dra. Nallely Aguiñaga Martínez
Dr. Juan de Dios Zavala Rubio



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

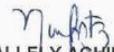
**Asociación de Depresión y Dependencia Funcional en el
Adulto Mayor de la UMF No. 5**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

WALDO RAMON HERNANDEZ LUGO

AUTORIZACIONES:


DRA. NALLELY AGUINAGA MARTINEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES IMSS UMF NO. 24 CD.
MANTE TAMAULIPAS
ASESORA DE TESIS


DR. JUAN DE DIOS ZAVALA RUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF NO. 24 CD. MANTE TAMAULIPAS


DR. FELIPE GUARNEROS SANCHEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
OOAD TAMAULIPAS


DRA. AMELIA LERMA SALAZAR
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
OOAD TAMAULIPAS



CD. MANTE TAMAULIPAS

2023



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**Asociación de Depresión y Dependencia Funcional en el
Adulto Mayor de la UMF No. 5**
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

WALDO RAMON HERNANDEZ LUGO

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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



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



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. RESUMEN.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	6
4. JUSTIFICACIÓN.....	13
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
6. OBJETIVOS	17
Objetivo General:.....	17
Objetivos Específicos:	17
7. HIPÓTESIS.....	19
8. MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
8.1. Tipo de Investigación.....	21
8.2. Población y Universo de trabajo.....	22
8.3. Criterios de selección	22
8.4. Cálculo del tamaño de muestra y muestreo	23
8.5. Variables del estudio.....	24
8.6. Validación del instrumento de medición.....	25
8.7. Recolección de la muestra	26
8.8. Descripción de procedimientos:.....	27
8.9. Análisis estadístico y procesamiento de los datos	28
9. ASPECTOS ÉTICOS.....	30
10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	34
11. RESULTADOS.....	36
12. DISCUSION.....	47
13. CONCLUSIONES.....	50
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
15. ANEXOS	58

Introducción

1. INTRODUCCIÓN.

Actualmente países como México se encuentran ante una transición demográfica en donde con el incremento de la esperanza de vida, hay un aumento de la población de adultos mayores, lo cual, implica un reto para la creación de nuevos enfoques para una adecuada atención primaria. Con todo esto, las enfermedades crónicas no transmisibles a su vez, presentan una mayor incidencia, entre las que se encuentra la depresión.

La depresión es la alteración de salud mental más frecuente en adultos mayores en los países desarrollados y se relaciona a un mal control en sus problemas de salud preexistentes, la depresión no es parte de la evolución del envejecimiento y cuando está presente, su presencia se subestima. Al presentar síntomas de depresión en los pacientes geriátricos, estos tienen un efecto negativo en las capacidades funcionales de dicha población.

Por otro lado, la dependencia funcional es considerada un problema de salud pública muy importante ya que se relaciona con mayor mortalidad, presencia de discapacidad, otras enfermedades crónicas, de tipo mental, problemas a nivel social y a su vez con una mala calidad de vida.

Es por eso de suma importancia estudiar la relación entre depresión y la dependencia funcional en los adultos mayores y evaluar si influyen otros factores en dicha relación, lo que nos permitirá realizar intervenciones oportunas, evitando complicaciones y aumento de costos en atención y tratamientos en este grupo.

Resumen

2. RESUMEN.

“Asociación de Depresión y Dependencia Funcional en el Adulto Mayor de la UMF No. 5”

Objetivo: Establecer la asociación de depresión y dependencia funcional en el adulto mayor de la UMF No. 5

Material y Métodos: Estudio Prolectivo, Transversal, Observacional y Comparativo. Se tomaron 300 Adultos Mayores, adscritos a la unidad, ambos sexos; criterios de inclusión: Pacientes mayores de 60 años, acepten participar y firmen consentimiento informado; se aplicó Escala Yesavage (15 preguntas) e Índice de Barthel (actividades básicas).

Resultados: Se evaluaron 160 adultos mayores, predominando sexo femenino con 52% (n=155), rango de edad con mayor frecuencia 70-79 años de edad 21% (n=64) media de edad 77.58 años (± 8.05). De acuerdo a Yesavage 50% (n=148) presentaron síntomas asociados a depresión; índice de Barthel 45% n=134) presentaron algún grado de dependencia. Pacientes con dependencia moderada presentaron síntomas asociados a depresión leve en 25% (n= 76); 24% (n=73) del sexo femenino tienen dependencia moderada. Escolaridad nivel primaria se asocia con síntomas de depresión en 25.33% (n=76) y estado civil viudo 30.4% (n= 91) presentan un grado de depresión.

Conclusiones: Por lo que sí existe asociación de depresión y dependencia funcional en los adultos mayores, dentro de las características asociadas se encuentran el bajo grado escolar y viudez.

Palabras clave: Envejecimiento, Deterioro Cognitivo, Depresión, Dependencia Funcional.

Marco Teórico

3. MARCO TEÓRICO.

Dentro de los principales retos que nos encontramos actualmente observamos que la población está envejeciendo de una forma acelerada, esto, dado por la disminución de la mortalidad y el aumento en la esperanza de vida así como también la reducción en el número de hijos.¹

Se considera persona adulto mayor (AM) a aquellos individuos con 65 años y más en países desarrollados y 60 años de edad en adelante en países vías de desarrollo.²

El incremento de la población a nivel mundial nos lleva a un aumento del grupo de adultos mayores, reportando que el 22% de personas en Europa lo ocupa la población geriátrica. En América Latina, Cuba reporta un 19.8% de adultos mayores.³

En nuestro país con base a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT 2016) reporta una población total de 117 029 206 personas, siendo un 48.9% de hombres y 51.1% de mujeres; aunque están en proceso los porcentajes por edades, el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía 2015 (INEGI 2015) reporta un porcentaje de 5.6 de mujeres de 60 a 80 años y más y de 4.9% de hombres; un índice de envejecimiento de 38.0 y una relación de dependencia de 52.8.⁴

Conforme las personas viven más tiempo, aumenta el número de enfermedades cambiando de patologías transmisibles a enfermedades crónicas dentro de las cuales se encuentran las patologías mentales. Estas, tienen relación con mayores costos en atención médica.

Entre los AM encontramos a la depresión como la enfermedad más común. En un estudio realizado en Suecia se encontró que la prevalencia fue de 12%, por su parte Irlanda en otro estudio demostró que el 10% de los participantes presentaron depresión mientras que el 18% eran portadores de depresión subclínica y de este porcentaje solamente el 5% tenían un diagnóstico.⁵

La depresión es considerada una enfermedad de alto impacto en el mundo, aproximadamente 322 millones de personas presentan dicha enfermedad. Esta patología es la más frecuente en el AM.⁶

Definimos a la depresión como una patología mental en la cual existe pérdida del interés así como dificultad en la satisfacción de las actividades y experiencias cotidianas. Dentro de los síntomas se encuentran alteraciones emocionales, falta de motivación, alteraciones cognitivas, en la conducta y de tipo físico. Específicamente en el AM existe persistencia, gravedad y deterioro a nivel de la funcionalidad.⁷

Dentro de los factores que se relacionan con la presencia de depresión en el AM encontramos: Género femenino, deterioro cognitivo, aislamiento social, presencia de enfermedades físicas, jubilación, antecedente de depresión en la familia.⁸

Otros factores que también se relacionan con la depresión son:

- **Factores sociales:** Viudez, ancianos aislados, Hospitalizaciones, divorcio y soledad.
- **Factores Biológicos:** Depresión vascular, Infarto al miocardio, Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), Alzheimer y Parkinson.⁹

Se ha encontrado que la depresión es un factor de riesgo de mal pronóstico en patologías crónicas y que esto a su vez influye en el empeoramiento de la depresión, afectando la calidad de vida del AM así como su capacidad funcional.^{10,}

11

El AM que presenta discapacidad, agregado a esto presenta 2 o más enfermedades crónicas, traduce a un incremento tanto en la morbilidad y mortalidad, no se puede dejar de lado que es un desencadenante para presentar síntomas depresivos los cuales a mediano plazo pueden influir en el estado físico y neurológico del paciente, acelerando el deterioro cognitivo y por consiguiente la mortalidad, modificando la percepción de su entorno la cual se refleja en cambios subyacentes negativos en la fisiopatología de sus padecimientos.^{12, 13}

Dentro de las herramientas para evaluar la depresión en el AM encontramos la escala de Yesavage como principal método de tamizaje; esta herramienta fue creada por por Jerome A. Yesavage y colaboradores, se presenta en varias versiones, existe desde 30 ítems, encontramos la de 15 ítems que fue creada en 1986, la cual se revisará, los resultados se interpretan de la siguiente manera:

- **0-5 puntos:** ausencia de síntomas depresivos.
- **6-9 puntos:** síntomas asociados a depresión leve.
- **>10 puntos:** síntomas asociados a depresión establecida.

Su aplicación toma alrededor de 5 a 7 minutos. Esta escala se ha utilizado en AM sano o enfermo, con patologías cognitiva leve a moderada, en diversos escenarios, comunitario, hospitalario, o en aquellos con cuidados por tiempos prolongados.¹⁴⁻¹⁶

Por su parte la funcionalidad la definimos como la facultad del individuo para realizar de manera afectiva sus actividades de la vida diaria. La dependencia funcional es considerada un grave problema de salud pública debido a la afectación sistema que provoca, ya que se relaciona con otras patologías crónicas, discapacidades, otras alteraciones mentales y una pobre calidad de vida.¹⁷

Dentro de los principales factores que intervienen en la funcionalidad del adulto mayor se encuentran: Personas con mayor edad, sexo femenino, personas con viudez o aquellas que no tienen pareja, bajo nivel escolar, presencia de comorbilidades como Enfermedades cerebrovasculares (EVC), patologías articulares, depresión y deterioro cognitivo.¹⁸

Desde la percepción del adulto mayor es de suma importancia ser autosuficiente y ser capaz de su cuidado lo cual está directamente relacionado con su autonomía atraviesa por un proceso del ciclo de la vida en donde sus funciones orgánicas y neurológicas van disminuyendo y, conforme sucede, necesitaran la ayuda de otras personas para satisfacer sus actividades básicas. A esta situación se le llama dependencia que es descrita por el Comité de Ministros del Consejo de Europa (1998) se puede entender como el estado en el que se encuentran las personas que por diversas razones pierde, parcial o totalmente, autonomía física, psíquica o intelectual y tienen la necesidad de ser asistidos y/o ayudados por otros a fin realizar los actos corrientes de la vida diaria. Esta pérdida de la autonomía individual del adulto mayor se puede asociar a la aparición de síntomas depresivos y, si estos se prolongan, a un deterioro cognitivo y somatización de sus afecciones.^{19, 20}

La estructura funcional de la familia en la actualidad está siendo modificada por las propias necesidades sociales y el aumento de la esperanza de vida, así pues, vemos familias integradas por padres y abuelos conviviendo en el mismo hogar con hijos y nietos, los cuales en el mayor de los casos no se sienten comprometidos a cumplir con responsabilidades físicas, emocionales y financieras de sus padres y abuelos; quedando excluidos emocional y socialmente del núcleo familiar.²¹ En México, según trabajos de investigación revelan que adultos mayores pasan por procesos de violencia, discriminación y exclusión social.²² Las consecuencias de este abandono familiar se suman a la vulnerabilidad y disminución de la capacidad funcional del adulto mayor el cual se refleja directamente en la salud del mismo, observando una estrecha relación entre estos factores.²³ Considerando al abandono como un tipo de maltrato hacia el adulto mayor que puede originar afectaciones de tipo psicológico y emocional llevándolo a depresión e ideas de muerte es vital identificar tempranamente este tipo de situaciones.²⁴ Existen estudios que han identificado una relación directamente proporcional entre la dependencia funcional y síntomas depresivos haciendo uso de diversas herramientas para la valoración funcional y el grado de depresión presente en pacientes adultos mayores.²⁶

Para evaluar esta autonomía individual existen herramientas de las cuales podemos hacer uso para valorar el nivel de dependencia para realizar actividades básicas, una de las cuales es el Índice de Barthel o también llamado Índice de Discapacidad de Maryland el cual en base a un test, otorga puntuaciones específicas que oscilan entre 0, 5, 10 o 15 puntos a cada respuesta en sencillas actividades cotidianas. La puntuación final puede variar desde cero en donde nos identificara a una persona completamente dependiente, hasta 100 puntos de una persona independiente. Nos sirve para identificar el grado de dependencia funcional tanto a nivel global como a nivel parcial dependiendo en que rango de actividad hay deficiencias.²⁷ Dependiendo del grado de dependencia funcional, mayor será la necesidad de apoyo familiar y/o social que la persona necesite para llevar a cabo su vida cotidiana y repercutirá en su salud física y emocional.^{28, 29}

Si existen alteraciones en el estado funcional del AM, esto nos debe llevar a realizar evaluaciones diagnósticas que nos permitan actuar de manera oportuna realizando intervenciones. Si se realizan estas acciones, nos permitiría evaluar la respuesta al tratamiento establecido y obtener un pronóstico que nos brinde información para futuro con el manejo del AM.³⁰

El limitar las actividades en el AM, es un concepto de suma importancia para poder comprender las manifestaciones depresivas en el deterioro funcional.

La depresión en el AM es una patología muy frecuente que puede desencadenar diversas complicaciones en su salud principalmente la pérdida de la funcionalidad y la dependencia de las actividades de la vida diaria, provocando progresión del cuadro a través del tiempo provocando un fracaso en el tratamiento médico.

Actualmente, el tratamiento de estas condiciones de salud está centrado en estrategias farmacológicas; si se entiende la relación recíproca que existe en las manifestaciones de la depresión y las actividades de la vida diaria, se pueden implementar medidas no farmacológicas para abordar tanto factores internos y externos que están siendo los responsables de la sintomatología como una opción en la terapéutica farmacológica y esto nos permita enfocar el tratamiento en la mejoría y mantenimiento de una funcionalidad y participación de actividades en el AM para un tratamiento exitoso.³⁰

Justificación

4. JUSTIFICACIÓN.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 5 de Xicoténcatl Tamaulipas acuden a consulta externa de Medicina Familiar 3289 adultos mayores, de los cuales 1462 son del sexo masculino y 1827 del sexo femenino.

A medida que la población continúe envejeciendo, existirá mayor prevalencia de enfermedades crónicas entre ellas los trastornos mentales, por lo que los países tendrán que adaptar sus sistemas de salud a la población adulto mayor.

El estado depresivo no se traduce a un estado de ánimo normal en el adulto mayor y al estar presentes suele minimizarse en ellos.

La aparición de sintomatología depresiva en pacientes geriátricos tiene un efecto perjudicial sobre la funcionalidad. Al estar presente los síntomas de depresión en este grupo de población sobre las capacidades físicas las consecuencias pueden ser parecidas o incluso de mayor impacto que muchas otras patologías crónicas, lo cual es más notorio cuando se entrelaza con otros padecimientos (alteraciones cognitivas, pobre red de apoyo, soledad).

Es importante comenzar a realizar cambios tanto a nivel social, económico, político y de salud en la población adulto mayor por su acelerado crecimiento, dichos cambios no deben considerarse inversiones altas en tecnología y recurso económico, es decir, dar un enfoque a la prevención de las enfermedades que confieren al adulto y principalmente dominar el concepto y manejo del envejecimiento activo.

Realizar un tamizaje oportuno y temprano de síntomas de depresión en el adulto mayor desde primer nivel de atención, permitirá actuar de forma inmediata y mejorar la dependencia funcional lo que nos llevará a disminuir los costos hospitalarios y que el adulto mayor tenga un envejecimiento saludable.

Planteamiento del Problema

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el año 2016, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se reportaron cifras de 12 43 millones de adultos mayores en nuestro país, lo que representa el 10% de nuestra población. Del total de la población mexicana, el 28.6% presentó un trastorno mental, para el año 2012 la depresión ocupó el tercer lugar de morbilidad en trastornos mentales en el adulto mayor dados de alta de hospitales del sector público.³⁰

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el adulto mayor, al hacerse presente en este grupo edad, reduce la calidad de vida, incrementa las enfermedades físicas en el paciente. Se define como una alteración del estado de ánimo en el cual hay disminución del humor con prevalencia de síntomas afectivos y en menor predominio síntomas cognitivos, volitivos y somáticos, representando una afectación global.

Por su parte la funcionalidad la definimos como la facultad del individuo para realizar de manera afectiva sus actividades de la vida diaria. La dependencia funcional es considerada un grave problema de salud pública debido a la afectación sistema que provoca, ya que se relaciona con otras patologías crónicas, discapacidades, otras alteraciones mentales y una pobre calidad de vida. Diversos estudios expresan que existe una estrecha asociación entre la presencia de depresión y la dependencia funcional, además, que la presencia de esta incrementa el riesgo al doble en adultos mayores portadores de manifestaciones depresivas y de no detectar el inicio de estos trastornos y prevenir su avance, ocasionará un incremento en los costos institucionales para el manejo de su cronicidad.

En este contexto, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe Asociación de Depresión y Dependencia Funcional en el Adulto Mayor de la UMF No. 5?

Objetivos

6. OBJETIVOS.

Objetivo General:

- Establecer la Asociación de Depresión y Dependencia Funcional en el Adulto Mayor de la UMF No. 5

Objetivos Específicos:

- 1º. Identificar al paciente adulto mayor que presente signos de depresión según la Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage).
- 2º. Identificar el porcentaje de dependencia funcional según el Índice de Barthel en pacientes adultos mayores.
- 3º. Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor de acuerdo a edad y sexo
- 4º. Analizar la presencia conjunta de depresión y dependencia funcional en adultos mayores

Hipótesis

7. HIPÓTESIS.

Hipótesis Nula (H_0): No existe una Asociación de Depresión y Dependencia Funcional en el Adulto Mayor de la UMF No. 5

Hipótesis Alterna (H_1): La depresión se asocia con la dependencia funcional en el adulto Mayor de la UMF No. 5

Material y Métodos

8. MATERIAL Y MÉTODOS.

8.1. Tipo de Investigación

A. Diseño:

Encuesta:	<input checked="" type="checkbox"/>
Casos y Controles	<input type="checkbox"/>
Cohorte	<input type="checkbox"/>
Ensayo Clínico	<input type="checkbox"/>

B. Características:

Prospectivo	<input type="checkbox"/>	Retrospectivo	<input type="checkbox"/>
Prolectivo	<input checked="" type="checkbox"/>	Retrolectivo	<input type="checkbox"/>
Descriptivo	<input type="checkbox"/>	Comparativo	<input checked="" type="checkbox"/>
Transversal	<input checked="" type="checkbox"/>	Longitudinal	<input type="checkbox"/>
Observacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Experimental	<input type="checkbox"/>
		Cuasi-experimental	<input type="checkbox"/>

C. Tipo de investigación Biomédica:

Ciencias básicas	<input type="checkbox"/>	Educativa	<input type="checkbox"/>
Clínica	<input type="checkbox"/>	Economía de la salud	<input type="checkbox"/>
Epidemiológica	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistemas de salud	<input type="checkbox"/>

8.2. Población y Universo de trabajo: En la Unidad de Medicina Familiar No. 5 se cuenta con una población de adultos mayores de 60 años de 3289 pacientes, correspondiendo al sexo femenino 1827 y 1462 al masculino.

8.3. Criterios de selección:

Inclusión:

- Población adscrita a la unidad de medicina familiar No. 77.
- Pacientes mayores de 60 años.
- Ambos sexos.
- Que acudan a la consulta externa.
- Que acepten participar y firmen el consentimiento informado.

Exclusión:

- Pacientes con diagnóstico previo de deterioro cognitivo o demencia.
- Pacientes con diagnóstico de trastornos psiquiátricos.
- Pacientes con secuelas de eventos vasculares.
- Antecedente de traumatismo craneoencefálico

Eliminación:

- Que no cuenten con expediente electrónico completo
- Que no completen la encuesta

8.4. Cálculo del tamaño de muestra y muestreo:

Fórmula	$\frac{Nz^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$	
DESCRIPCIÓN DE VARIABLES:	CAPTURA DE DATOS PARA EL CÁLCULO DE LA MUESTRA:	
n= Tamaño de muestra. N= Población. z= Valor fijo estadístico. p= Prevalencia. q= Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1-p) d= Nivel de precisión. (0.01, 0.05, 0.08)	N= 3289 z= 1.96 p= 0.20 q= 0.80 d= 0.05	

Tamaño de muestra: 250
 Porcentaje adicional a la muestra: 20%
 Tamaño de muestra a considerar: 300

Muestreo aleatorio simple. Se seleccionó a la población objetivo mediante censo de adultos mayores de 60 años, se le pidió que asista a la consulta médica donde se le solicitó su permiso para aplicarle la encuesta de Yesavage así como la escala de Barthel a los primeros 5 primeros adultos mayores que acudieron de lunes a viernes a la consulta externa de medicina familiar. Tamaño de muestra: 300 pacientes, calculado mediante fórmula de población finita, referencia el 20 % de prevalencia.

8.5. Variables de estudio:

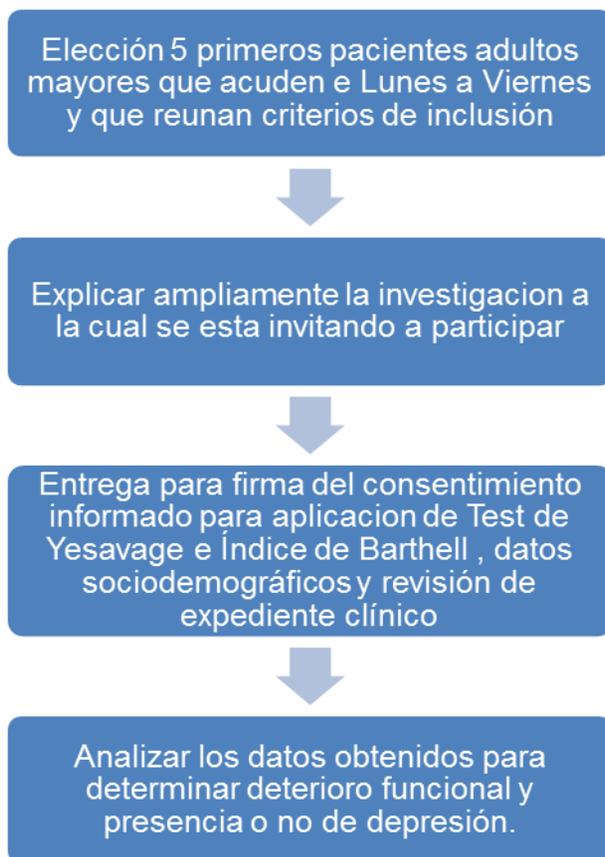
CLASIFICACION DE LA VARIABLE						
Variable	Definición teórica	Definición operacional	I Según su naturaleza	II Según su asociación	III Según el nivel de medición	Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento a la fecha del estudio.	Cuantitativa	Independiente	Razón	Años
Sexo	Grupo a los que pertenecen los humanos de cada sexo, entendido este punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Hombre o Mujer	Cualitativa	Independiente	Nominal	Femenino Masculino
Deterioro Cognitivo	Síndrome geriátrico caracterizado por la pérdida de las funciones mentales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad	Se definirá con los puntajes obtenidos mediante el Test de MoCa. Interpretando los resultados de la función cognitiva con 30 puntos como normal, ≤ 26 puntos DCL y ≤ 24 puntos demencia.	Cualitativa	Dependiente	Nominal	Función Cognitiva Normal Deterioro Cognitivo Leve
Comorbilidades	Enfermedades diagnosticadas con o sin tratamiento específico	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas.	Cualitativa	Independiente	Nominal	Sin comorbilidades Con comorbilidades
Escolaridad	Grado de instrucción escolar	Nivel académico obtenido de acuerdo a la SEP	Cualitativa	Independiente	Ordinal	Analfabeta Sabe leer y escribir Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura

8.6 Validación del instrumento de medición:

- **La Escala de Depresión Geriátrica (GDS)**, creada por Yesavage, et al, se creó en el año de 1986 la versión corta que consta de 15 preguntas. Tiene una sensibilidad del 92.5% y una especificidad de 89%. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la auto calificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0.84$, $p < 0.001$).
- **Índice de Barthel:** con resultados de **0 a 100 puntos** en relación al porcentaje de independencia funcional presentada en la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria, consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

El índice de Barthel es una Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. Los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y cantidad de ayuda física requerida si el paciente no puede realizar dicha actividad. En estudios de validación de fiabilidad de la escala original de 10 actividades se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86 - 0.92.

8.7. Recolección de la muestra: Se procedió a solicitar el consentimiento informado para aplicar el test Yesavage y la escala de Barthel en papel, se preguntaron datos sociodemográficos, así como revisión de expedientes. Se analizaron los resultados obtenidos para determinar la probable presencia de deterioro cognitivo.



8.8. Descripción de procedimientos:

1. La muestra se tomó del total de los pacientes derechohabientes adscritos a la UMF No. 5 de Xicotencatl, Tamaulipas que acudieron a consulta médica los primeros 5 adultos mayores que acudieron de lunes a viernes a la consulta externa de medicina familiar, que cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio; se les pidió tomar parte del estudio a realizar, explicando breve pero conciso de que trata, firmando consentimiento informado. Los pacientes que aceptaron ingresar al estudio, al término de la consulta normal se les trasladó a un cubículo privado y tranquilo para cumplir con condiciones ideales para realizar el test de Yesavage y el Índice de Barthel.
2. Se aplicó el Test de Yesavage y el Índice de Barthel, explicando y despejando cualquier duda que el paciente pudo tener; siempre procurando que el abordaje de los temas emocionales y de familia sea de manera respetuosa y procurando un clima de confianza para que la información sea lo más fidedigna posible. Aquellos pacientes con riesgo de depresión y descontrol glucémico y de presión arterial fueron valorados por su médico familiar para otorgar el tratamiento oportuno e individualizado.
3. Al término de los Test se dió las gracias al paciente y se le informó que se realizó un análisis y evaluación de las respuestas obtenidas y se le dio el resultado de los mismos.
4. Se ordenaron, clasificaron y graficaron los resultados obtenidos.
5. Se hizo el reporte de los resultados obtenidos, detallando el proceso en forma progresiva y sistemática de la investigación. Realizando las conclusiones de la investigación

8.9. Análisis estadístico y procesamiento de los datos:

- Estadística inferencial: Chi Cuadrada, utilización de paquete estadístico SPSS.
- Nivel de α : Escala de Yesavage tiene un alfa de Cronbach de 0.84 en su versión de 15 ítems. El índice de Barthel tiene un alfa de Cronbach de 0.86 - 0.92.
- IC: 95%.

Aspectos Éticos

9. ASPECTOS ÉTICOS.

- 1º. Los aspectos éticos en la declaración de Helsinki, en su última modificación por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Apegándose a lo señalado en: los principios generales; los riesgos, costos y beneficios; los requisitos científicos y protocolos de investigación; los comités de investigación; la privacidad y confidencialidad; así como en el consentimiento informado.
- 2º. Los principios éticos básicos señalados en el Informe Belmont (1979) que sustentan toda la investigación con sujetos humanos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.
- 3º. Los aspectos señalados en la Ley General de Salud (7 de febrero de 1984, última reforma DOF 12-07-2018) en su Título quinto, Investigación para la salud, Capítulo único: desarrollo de acciones que comprende al investigación para la salud (artículo 96); bases conforme a las cuales se debe desarrollar la investigación en seres humanos (artículo 100); y sanciones correspondientes que se hará acreedor quien realice investigación en seres humanos contraviniendo lo dispuesto en dicha Ley (artículo 101).
- 4º. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (6 de enero de 1987, última reforma DOF 02-04-2014):

Título segundo, de los aspectos éticos de investigación en seres humanos:

Capítulo I (Disposiciones comunes).

- a. Del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los seres humanos sujetos de estudio (Artículo 13); de las bases conforme a las cuales deberá desarrollarse la investigación realizada en seres humanos (artículo 14); y de la protección de la privacidad del individuo en las investigaciones en seres humanos (artículo 16).

b. En lo que respecta al riesgo de la investigación (artículo 17, de acuerdo al reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación), el presente estudio se clasifica en la siguiente categoría:

1	Sin riesgo *	<input type="checkbox"/>
2	Riesgo mínimo **	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Riesgo mayor que mínimo ***	<input type="checkbox"/>

*	Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;
---	--

**	Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 MI. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros,
----	--

***	Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.
-----	---

- ✓ En cuanto a lo relacionado al consentimiento informado, el presente estudio considera lo descrito en los artículos 20, 21, 22 y 24, del mismo reglamento. (anexo 2)

Titulo sexto. De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud.

Capitulo único

- ✓ La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal (artículo 113), que desarrollará la investigación de conformidad con un protocolo (artículo 115), estando encargado de la dirección técnica del estudio y con las atribuciones señaladas (artículo 116), siendo el quién seleccione a los investigadores asociados (artículo 117), así como al personal técnico y de apoyo (artículo 118), teniendo la responsabilidad, al término de la ejecución de la investigación, de presentar al comité de investigación de la institución de atención a la salud un **Informe técnico (artículo 119)**, pudiendo publicar informes parciales y finales del estudio (artículo 120).

5º. El presente protocolo se enviará a **revisión al CLIS 2801 y CEI 28018-HGR6** para su dictaminación y no requiere carta de autorización del Director, ya que se realizará en la misma unidad de adscripción del investigador responsable. La información de los derechohabientes contenida en los anexos 1 y 2 será manejada con confidencialidad y resguardada (físicamente y en formato electrónico) en el área que los comités consideren con la finalidad de cumplir en las potenciales supervisiones de COFEPRIS y CONBIOETICA.

NOTA: Por normativa, es responsabilidad directa del Director de Tesis el resguardo de toda la información relacionada con la investigación (protocolo, base de datos, consentimientos informados, cuestionarios o cualquier otro anexo que se requiere integrar para terminar la tesis). alguna o toda esta información puede ser solicitada por instancias federales y/o delegacionales para aclaración en investigaciones donde se presuma plagio.

Recursos

10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

A. Recursos Humanos:

No aplica

B. Recursos Materiales:

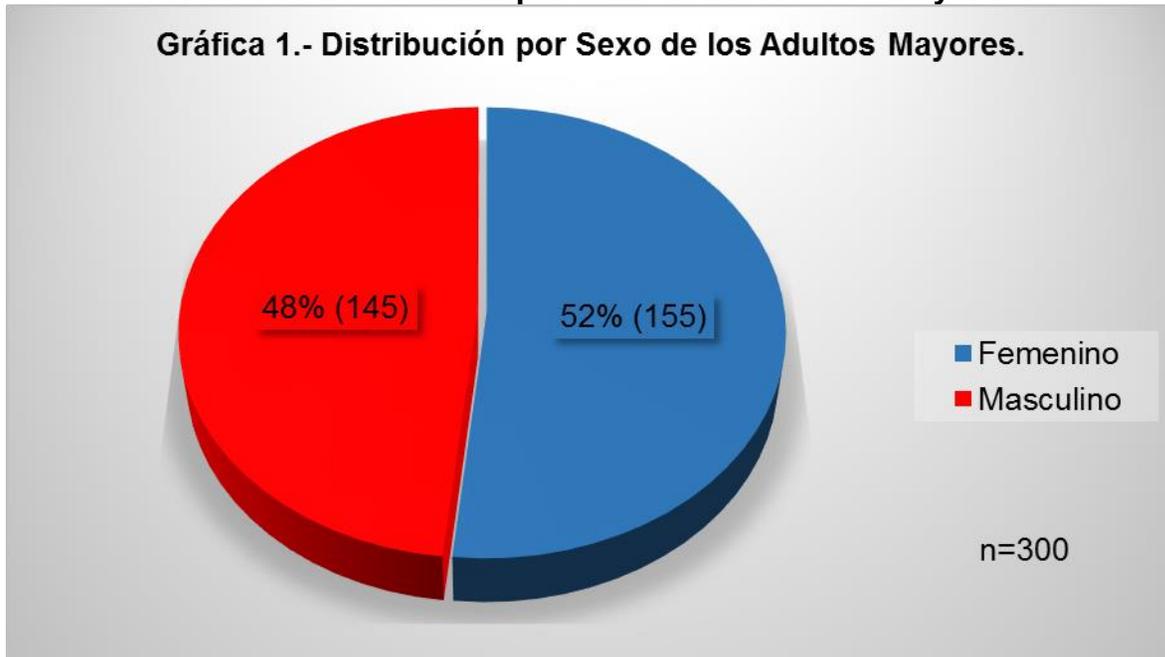
EQUIPO- INSUMO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
Hoja de recolección de datos	1000	\$ 0.18	\$ 180.00
Lap Top	1	\$ 10,000.00	\$ 10,000.00
Programa SPSS	1	\$ 500.00	\$ 500.00
Impresora	1	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00
Toner Impresora	1	\$ 800.00	\$ 800.00
Lápices	20	\$ 3.00	\$ 60.00
Bolígrafos	10	\$ 7.00	\$ 70.00
Internet	12	\$ 450.00	\$ 5,400.00
Transporte	30	\$ 120.00	\$ 3,600.00
TOTAL			\$ 26,710.00

Resultados

11. RESULTADOS.

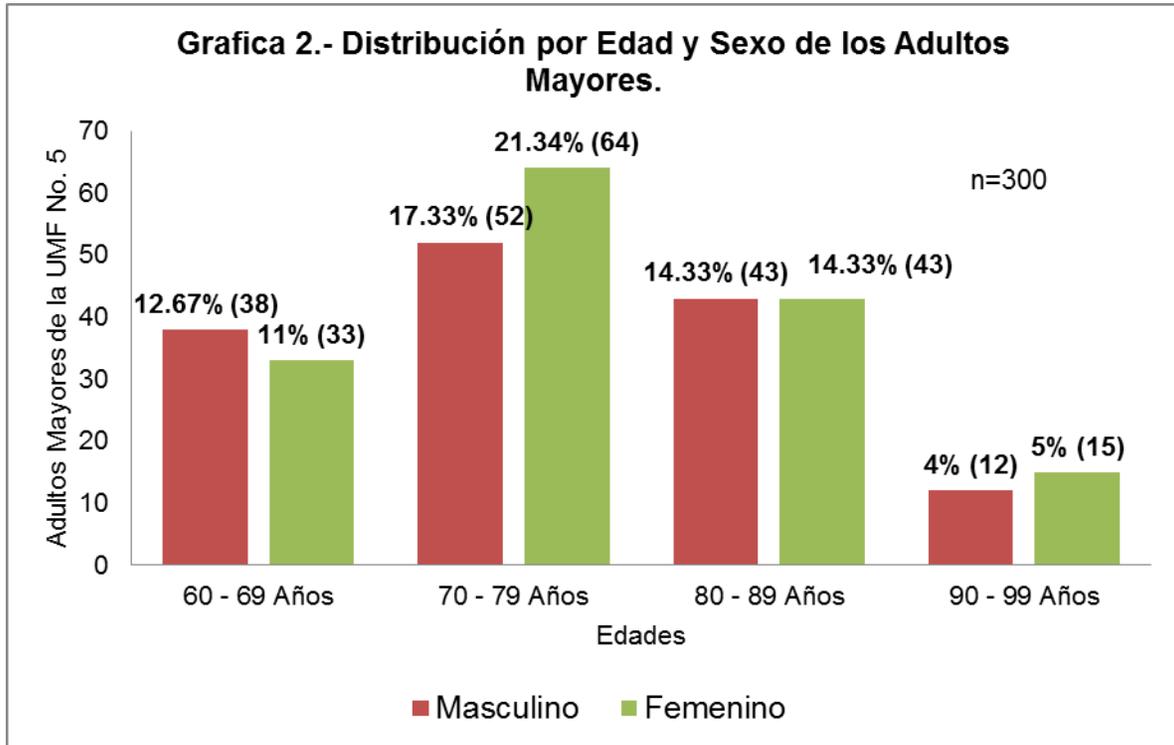
Gráfica 1.- Distribución por Sexo de los Adultos Mayores.

Gráfica 1.- Distribución por Sexo de los Adultos Mayores.



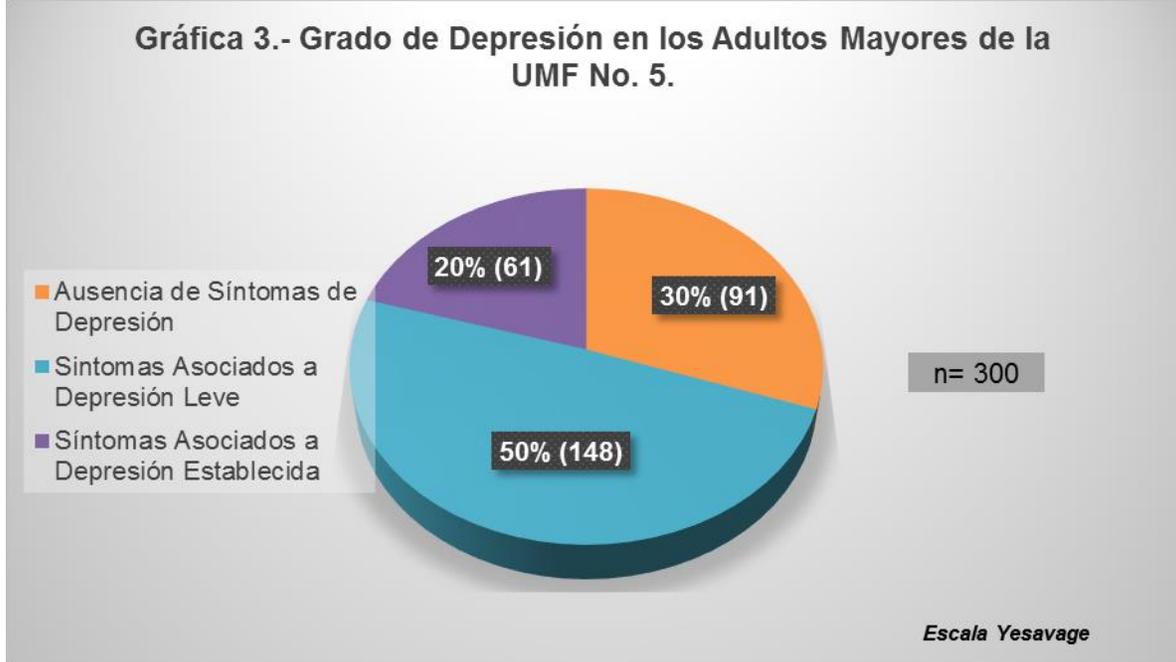
En la gráfica 1 se muestra la evaluación a 300 adultos mayores en la Unidad de Medicina familiar No. 5 de Xicoténcatl Tamaulipas, en la cual se encontró que la mayoría de pacientes encuestados fueron del sexo femenino con un 52% (n=155).

Gráfica 2.- Distribución por Edad y Sexo de los Adultos Mayores.



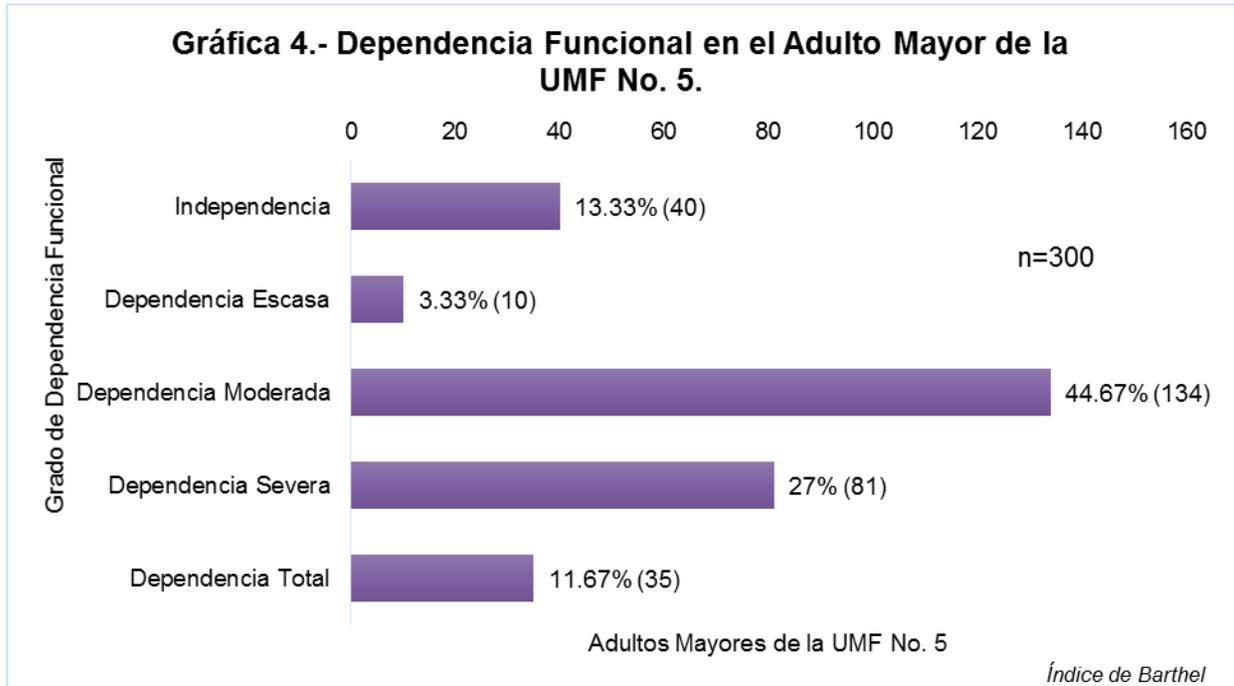
En la gráfica 2 se puede notar que el rango de edad con mayor frecuencia es el de 70 a 79 años en ambos sexos, siendo de un 17% para sexo masculino y un 21% para sexo femenino seguido del rango 80 a 89 años de edad, con una media de 77.58 años de edad (± 8.05).

Gráfica 3.- Grado de Depresión en los Adultos Mayores de la UMF No. 5.



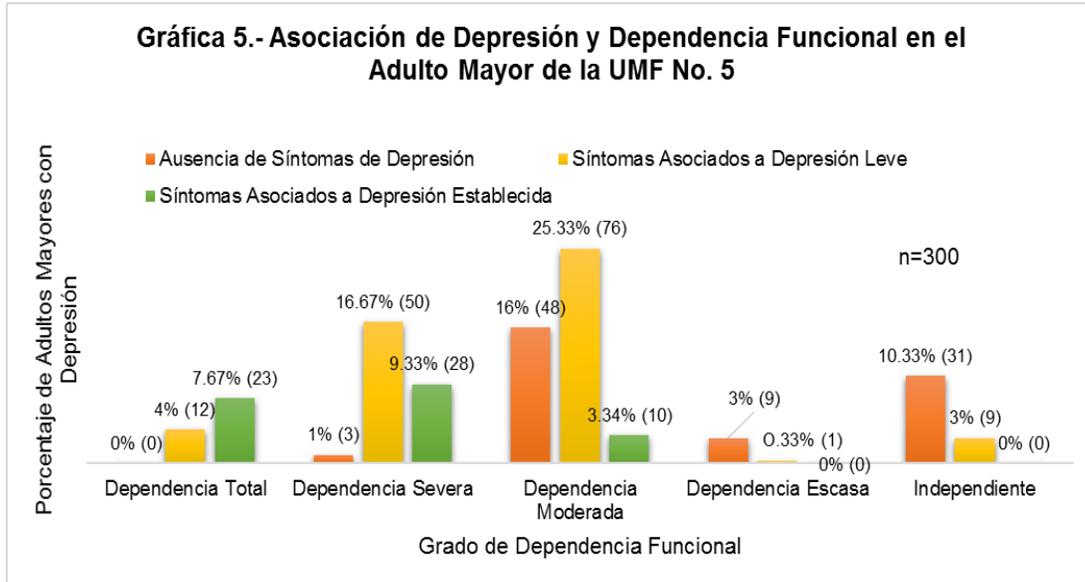
En la gráfica número 3 se registra que el 50 % (n=148) de los pacientes del estudio presentaron síntomas asociados a depresión leve de acuerdo a la escala de Yesavage aplicada a la población y solo el 30% (n=91) presentó ausencia de síntomas de depresión.

Gráfica 4.- Dependencia Funcional en el Adulto Mayor de la UMF No. 5.



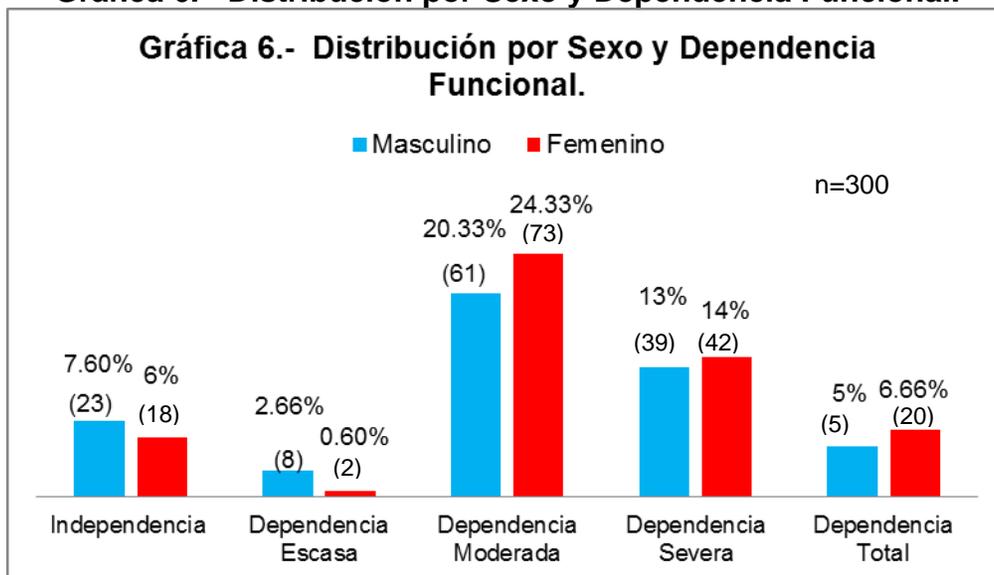
En la gráfica 4 se evaluó el grado de dependencia funcional de los adultos mayores de acuerdo al índice de Barthel, encontrando que el 45% (n= 134) de la muestra presenta un grado de dependencia moderada seguido de la dependencia severa con un 27% (n= 81).

Gráfica 5.- Asociación de Depresión y Dependencia Funcional en el Adulto Mayor de la UMF No. 5.



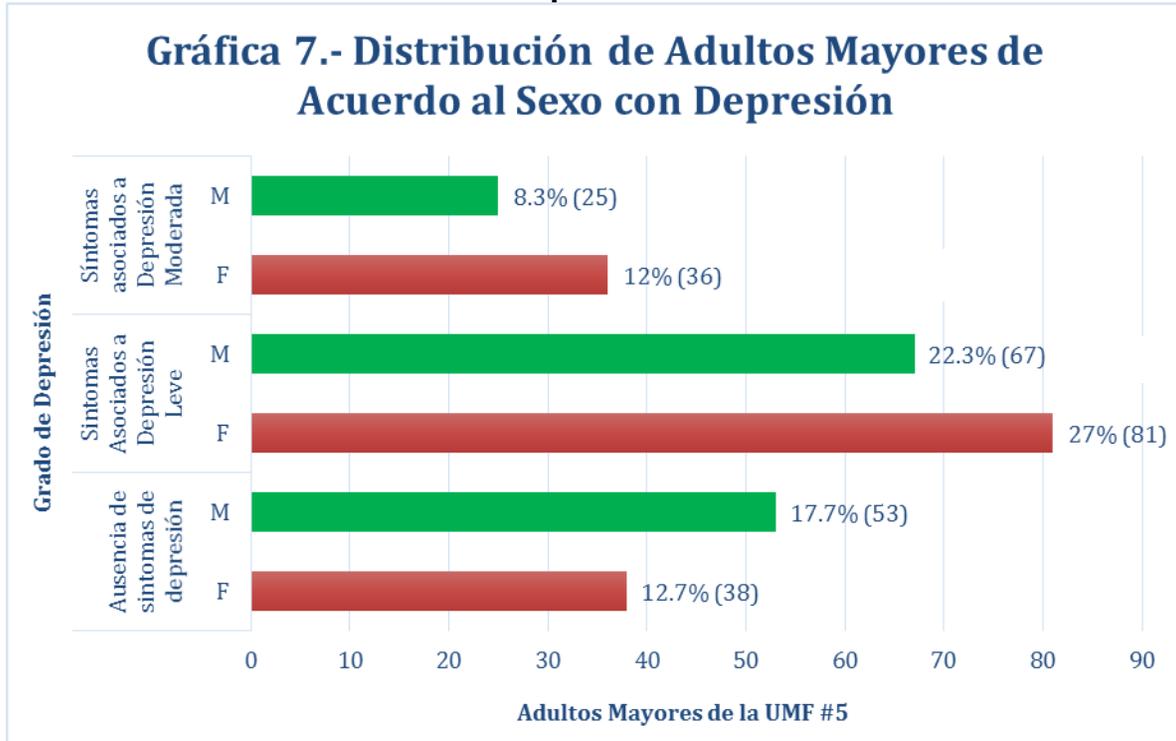
En la gráfica 5, observamos que la distribución del grado de dependencia funcional estimado por el índice de Barthel y síntomas asociados a depresión de acuerdo al test de Yesavage arroja como resultado que la mayor prevalencia de adultos mayores con un grado moderado de dependencia funcional presentaron síntomas asociados a depresión leve en un 25% (n= 76).

Gráfica 6.- Distribución por Sexo y Dependencia Funcional.



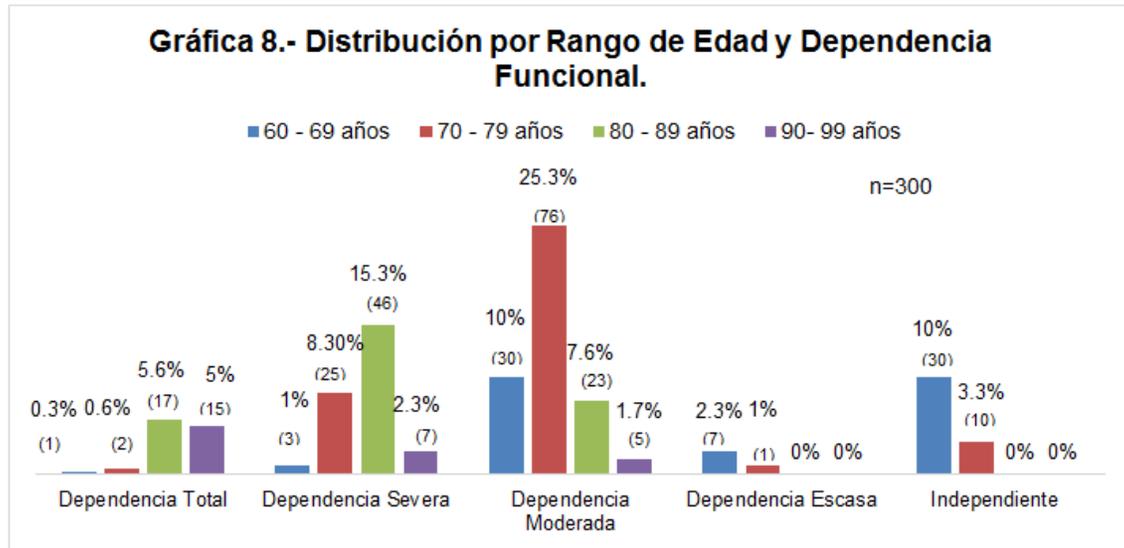
En la gráfica 6 se evidencia que de acuerdo a la distribución por sexo y dependencia funcional en base al índice de Barthel, encontramos que el 24% (n=73) de los adultos mayores del sexo femenino tienen dependencia moderada, observando la misma tendencia con el sexo masculino en el cual el 20% (n=61) presentaban también dependencia moderada. Siendo el sexo femenino quien tiene un porcentaje mayor con algún grado de dependencia en un 45.59% (n=137)

Gráfica 7.- Distribución de Adultos Mayores de acuerdo al Sexo con Depresión.



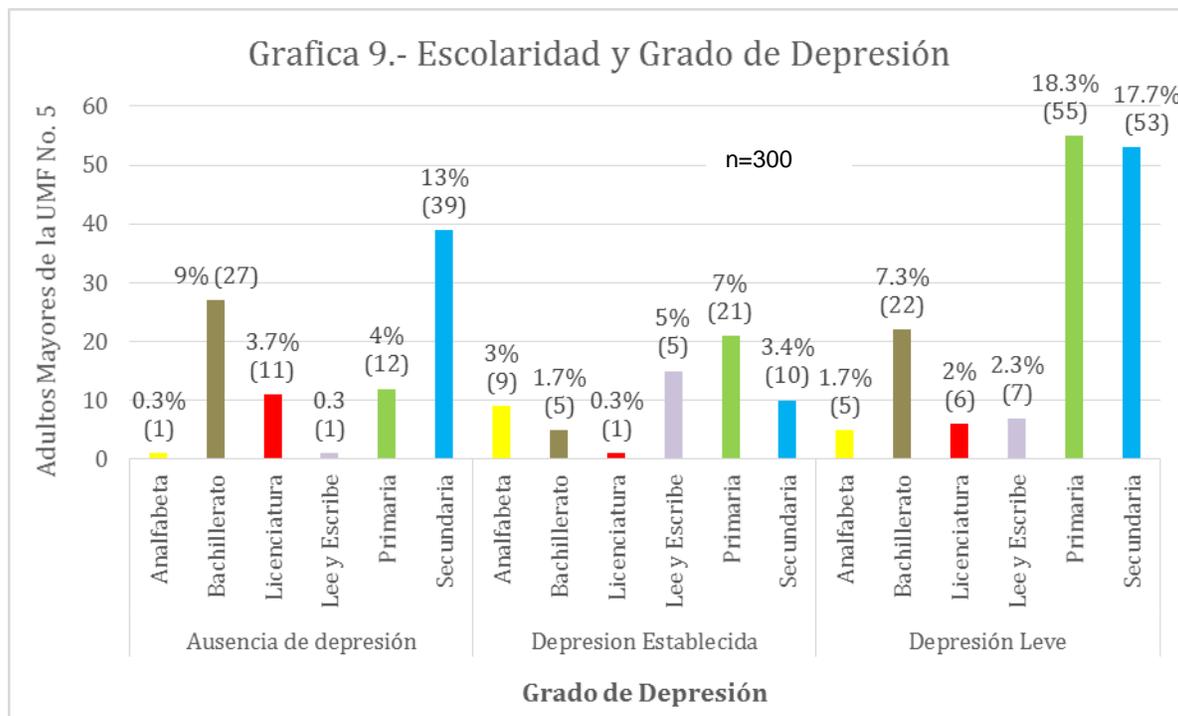
En la gráfica 7 se observa la distribución de adultos mayores de acuerdo al sexo con depresión encontrando que el sexo femenino ocupa el mayor porcentaje con la presencia de síntomas asociados a depresión con un 39% (n=117) mientras que el sexo masculino en un 31% (n=92).

Gráfica 8.- Distribución por Rango de Edad y Dependencia Funcional.



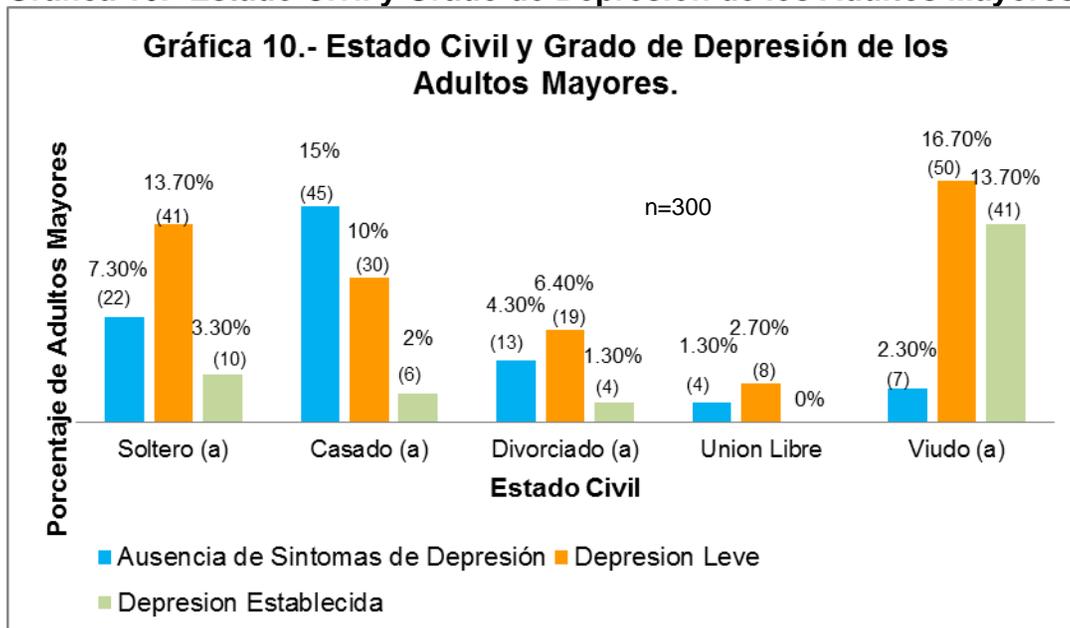
En la gráfica 8, podemos observar de acuerdo al rango de edad y dependencia funcional que los pacientes que se encontraban entre el rango de edad de 70-79 años presentaron dependencia moderada de acuerdo a Barthel con un 25% (n=76). Siendo el rango de edad en donde se empiezan a observar más dependencia funcional en los Adultos Mayores.

Grafica 9.- Escolaridad y Grado de Depresión de los Adultos Mayores de la UMF No. 5.



En la Gráfica No. 9 se muestra la escolaridad asociada a la depresión en los adultos mayores que participaron en este estudio, en el cual se encontró que el grado de estudios con mayor porcentaje en los adultos mayores con síntomas asociados a depresión es el nivel primaria con 25.33% (n=76) seguido del nivel secundaria con 21.1% (n=63).

Gráfica 10.- Estado Civil y Grado de Depresión de los Adultos Mayores.



En la gráfica 10 de acuerdo al estado civil y al grado de depresión se observa que los adultos mayores viudos fueron los que presentan síntomas asociados a algún grado de depresión con un 30.4% (n=91).

Discusión

12. DISCUSION.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la Asociación de Depresión y Dependencia Funcional en el Adulto Mayor de la UMF No. 5 el cual se pudo realizar entrevistando a 300 pacientes adultos mayores los cuales acudieron a consulta.

En el estudio realizado por Runzer et al.¹⁷ en donde se evaluó la “Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores” se encontró que el 58.01 % de los participantes son del sexo masculino, contrario a este estudio, en donde la mayor parte de la población fue el sexo femenino con un 52%, si bien esto dado por que en el estudio de Runzer la evaluación fue en un centro Geriátrico Naval en donde los integrantes de las fuerzas navales en su mayoría son hombres y en este trabajo fue en una Unidad de Medicina familiar donde la mayor parte de la población que acude a consulta externa son del sexo femenino.

Por su parte Martina et al.⁹ en su estudio Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015 con referente a la edad el rango de edad con mayor prevalencia de adultos mayores fue de los 60 a 74 años con un 70%, contrario a este estudio, se encontró que el rango de edad con más encuestados fue el de 70 a 79 años con un 38.67%, esto explicado por el rango de edad más amplio utilizado en este estudio.

Idaiani et al.³¹ en el estudio titulado Estado funcional en relación con la depresión entre personas mayores en Indonesia: un análisis transversal de la Encuesta Nacional de Salud de Indonesia 2018 entre personas mayores encontrando que los ancianos con dependencia severa representaron la mayor proporción de depresión 36,3%; mientras, que en este estudio se observó que la dependencia moderada representa un 28.67%, notando que a partir de este grado de dependencia se empiezan a presentar síntomas asociados a algún grado de depresión.

Asimismo, Laguado et al.²⁷ en su estudio sobre Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar encontró que el 53,3% de los adultos mayores tienen un nivel escolar primaria, con un 31,66% mencionó ser analfabeta; en este estudio se observó que el grado de estudios con mayor porcentaje en los adultos mayores con síntomas asociados a depresión es el nivel primaria con 25.33% seguido del nivel secundaria con 21%, mientras que el porcentaje de analfabetismo solo es del 4.7%; esto se puede explicar ya que en el estudio realizado por Laguado se realizó con adultos mayores residentes de centros de bienestar quienes necesitan de una vivienda permanente o temporal, alimentación, recreación, actividades productivas, de protección y cuidado mientras que este estudio está conformado por trabajadores y/o beneficiarios con seguridad social.

Por último De los Santos et al.³³ en su estudio Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo menciona que el estado civil muestra asociación con la aparición de la depresión, al coincidir con que el hecho de tener pareja disminuye la ocurrencia de depresión y la ausencia incrementa la probabilidad de ocurrencia lo cual coincide con este estudio en donde el 30.4% son viudos con síntomas asociados a algún grado de depresión junto con los solteros que representan el 17% y los divorciados con un 7.7%.

Conclusiones

13. CONCLUSIONES.

Con el incremento de la esperanza de vida, hay un aumento de la población de adultos mayores; las enfermedades crónicas no transmisibles a su vez presentan una mayor incidencia, entre las que se encuentra la depresión. La depresión no es parte de la evolución del envejecimiento y cuando está presente, su presencia se subestima. Al presentar síntomas de depresión en los pacientes geriátricos, estos tienen un efecto negativo en las capacidades funcionales de dicha población. La dependencia funcional es considerada un problema a nivel de salud pública muy importante ya que se relaciona con mayor mortalidad, presencia de discapacidad, otras enfermedades crónicas, de tipo mental, problemas a nivel social y a su vez con una mala calidad de vida.

Por lo que, en este estudio se planteó como objetivo Establecer la asociación de depresión y dependencia funcional en el adulto mayor de la UMF No. 5, predominando sexo femenino con 52% (n=155), rango de edad con mayor frecuencia 70-79 años de edad 21% (n=64) media de edad 77.58 años (± 8.05). De acuerdo a Yesavage 50% (n=148) presentaron síntomas asociados a depresión; índice de Barthel 45% (n=134) presentaron algún grado de dependencia. Pacientes con dependencia moderada presentaron síntomas asociados a depresión leve en 25% (n= 76); 24% (n=73) del sexo femenino tienen dependencia moderada. Escolaridad nivel primaria se asocia con síntomas de depresión en 25.33% (n=76) y estado civil viudo 30.4% (n= 91) presentan un grado de depresión.

Por lo que sí existe asociación de depresión y dependencia funcional en los adultos mayores, dentro de las características asociadas se encuentran el bajo grado escolar y estado civil viudez.

Es necesario realizar una evaluación integral en los adultos mayores y aplicar herramientas periódicamente para evaluar el estado emocional y las actividades de la vida cotidiana para detectar de manera oportuna la presencia de síntomas asociados a depresión y que estos no afecten la capacidad funcional para que dicha población tengan un envejecimiento saludable.

Se podría ampliar el conocimiento sobre la asociación entre dependencia funcional y depresión en el adulto mayor si se realizan investigaciones posteriores que tomen en cuenta no solo a los pacientes que acudan a consulta sino también a aquellos que no cuenten con seguridad social institucional.

Limitaciones del estudio: el grado escolar de los adultos mayores, el tiempo para recolectar la muestra ya que desde marzo del 2020 se vive periodo de contingencia que imposibilita o condiciona el acudir regularmente a consulta por parte de los adultos mayores los cuales se mantenían en resguardo domiciliario.

Referencias Bibliográficas

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Beard J, Araujo de Carvalho I., Sumi Y., Officera & Jotheeswaran A., Thiyagarajan J. A. Healthy ageing: moving forward. Bull World Health Organ. 2017; 95(11): 730-730.
2. Hom Nath Chalise. Aging: Basic Concept. Am J Biomed Sci & Res. 2019; 1(1):8-10
3. Ochoa-Vázquez J, Cruz-Ortiz M, Pérez-Rodríguez MC, Cuevas-Guerrero CE. El envejecimiento: Una mirada a la transición demográfica y sus implicaciones para el cuidado de la salud. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2018; 26(4):273-80
4. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino 2016 (ENSANUT 2016). 31 octubre Del 2016. Available from: <http://ensanut.insp.mx/pdf>
5. McCombe G., Fogarty F., Swan D., Hannigan A., Fealy G. M., Kyne L., Meagher D., & Cullen W. Identified mental disorders in older adults in primary care: A cross-sectional database study. EUROPEAN JOURNAL OF GENERAL PRACTICE 2018; 24(1): 84-91. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1402884>
6. Pilania, M., Yadav, V., Bairwa, M. *et al.* Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health 2019; 19(832): 1-18 <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7136-z>
7. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud, 2011.
8. Pramesona BA, Taneepanichskul S. Prevalence and risk factors of depression among Indonesian elderly: A nursing home-based cross-sectional study. Neurology Psychiatry and Brain Research 2018; 30 (2018): 22-27 DOI: 10.1016/j.npbr.2018.04.004
9. Martina M, Ara MA, Gutierrez C, Nolberto V, Piscocoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015; An Fac med. 2017; 78(4): 393-7.

10. Borges-de Oliveira JM, Vera I, Lucchese R, Cristina-Silva G, Moura Tomé E, Almeida-Elias R. Aging, mental health, and suicide. An integrative review. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2018; 21(4): 488-498. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180014>.
11. Pivetta N. R. S., Marincolo J. C. S., Neri A. L., Aprahamian I., Yassuda M. S., Borim F. S. A. Multimorbidity, frailty and functional disability in octogenarians: A structural equation analysis of relationship. *Archives of Gerontology and Geriatric* 2020; 86 (103931): 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103931>
12. Rivera AA, Manrique EB, Avila FJA, Chatterji S. Disability, quality of life and all-cause mortality in older Mexican adults: association with multimorbidity and frailty. *BMC Geriatrics* 2018; 18 (1): 236 doi: 10.1186/s12877-018-0928-7.
13. Gathright EC, Goldstein CM, Josephson RA, Hughes JW. Depression increases the risk of mortality in patients with heart failure: A meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2017; 94 (2017): 82-89 doi:10.1016/j.jpsychores.2017.01.010.
14. Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. Guía de Evidencias y Recomendaciones. Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018.
15. Durmaz B, Soysal P, Ellidokuz H, Isik AT. Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults. *North Clin Istanbul* 2018; 5(3):216–220.
16. Galeoto G, Sansoni J, Scuccimarrì M, et al. A Psychometric Properties Evaluation of the Italian Version of the Geriatric Depression Scale. *Depress Res Treat.* 2018; 2018(1797536): 1-7. doi: 10.1155/2018/1797536.
17. Runzer-Colmenares FM, Castro G, Merino A, Torres-Mallma C, Diaz G, Perez C, Parodi JF. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horiz Med* 2017; 17(3): 50-57. <http://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.09>

18. Lozano-Keymolen D, Montoya-Arce BJ, Gaxiola-Robles Linares SC, Román-Sánchez YG. Dependencia funcional y su relación con la mortalidad general en adultos mayores. México: 2001-2015. Población y Salud en Mesoamérica 2018; 15(2): 1-29. Doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.28660>
19. Campo TE, Laguado JE, Martín CM, Camargo HKC. Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. Rev Cubana Enferm. 2018; 34(4): 0 <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1640>
20. Duran BT, Domínguez CCJ, Hernández CPL, Félix AA. Dejar, de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. Acta Universitaria. 2018; 28(3): 40-46.
21. Villarreal VJF, Cárdenas NVH, Miranda VJM. Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. Enfermería Investiga. Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. 2017; 2(1): 14-17. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194270>
22. Lozano KD, Montoya ABJ, Gaxiola RLSC, Román SYG. Dependencia funcional y vulnerabilidad social en adultos mayores mexicanos 2012. Revista Latinoamericana De Población. 2017; 11(21): 47-70.
23. Angel J, Vega W, López OM. Aging in Mexico: Population trends and emerging issues. Gerontologist. 2017; 57(2):153-162.
24. Guía de Práctica Clínica. Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013
25. González RR, Gandoy GM, Díaz MC. Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. Gerokomos [internet]. 2017 [citado 2020 Jul 29]; 28(4): 184-188. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400184

26. Laguado JE, Camargo HKC, Campo TE, Martin CM. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos* 2017; 28(3): 135-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135
27. Baracaldo CHA, Naranjo GAS, Medina VVA. Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander, Colombia). *Gerokomos*. 2019; 30(4):163-166.
28. Ward K, Reuben D. Comprehensive geriatric assessment. [Internet]. UpToDate. 2020 [citado 6 agosto 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>
29. Aravena JM. Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT* 2017; 55 (4): 255-265.
30. Hernández-Chávez L., Muñiz-Quintero N.R., Gutiérrez-Leyva M.M., Hernández-Mena J. R., Chan-Zavala M. J., Cetina-Ceh F. P. Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo. *Revista Salud Quinta Roo* 2017; 9(35); 6-10.
31. Idaiani S., Indrawati L. Functional status in relation to depression among elderly individuals in Indonesia: a crosssectional analysis of the Indonesian National Health Survey 2018 among elderly individuals. *BMC Public Health* 2021; 21:1-9.
32. Popoca M, Cinta DM. Factores asociados a la dependencia funcional del adulto mayor de acuerdo con el modelo biopsicosocial. Estudio transversal realizado en 2017 en la capital de Veracruz, México. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2020; 19: 1-14
33. De los Santos Perla Vanessa, Carmona Valdés Sandra Emma. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *PSM [Internet]*. 2018 June [cited 2022 Jul 24]; 15(2): 95-119.

Anexos

15. ANEXOS

Hoja de Recolección de Datos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 5.

FOLIO: _____

No DE AFILIACION: _____

ESCOLARIDAD:

Analfabeta ___ Sabe leer y escribir ___ Primaria ___ Secundaria ___
Bachillerato ___ Licenciatura ___ Postgrado ___

CONSULTORIO: _____ TURNO: M V SEXO: H M

EDAD: _____

ESTADO CIVIL:

Casado (a) ___ Soltero (a) ___ Viudo (a) ___ Unión Libre ___ Divorciado ___

Diabetes Mellitus: si ___ no ___

Hipertensión Arterial: si ___ no ___

NIVEL DE GLUCOSA: _____ mg/dL

CIFRAS DE PRESION ARTERIAL: _____ mmHg

Resultado Test de Yesavage: _____

Resultado Escala de Barthel: _____

Yesavage

Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS)

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Sí (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Sí (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí (1)	No (0)

Resultado: _____ /15

Calificación: el puntaje es de 15 puntos. Sumar los puntos por cada respuesta **Sí** o **No** en **negritas**.

Interpretación:

0-5 puntos: ausencia de síntomas depresivos.

6-9 puntos: síntomas asociados a depresión leve.

>10 puntos: síntomas asociados a depresión establecida.

Índice de Barthel

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO-----

PORCENTAJE DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL _____

Consentimiento informado (anexo 2)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**
**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (adultos)**

"Asociación de Depresión y Dependencia Funcional en el Adulto Mayor de la UMF No. 5"

Nombre del estudio:	
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 5 Xicotencatl, Tamaulipas
Número de registro institucional:	R-2021-2801-014
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión en el adulto mayor es un estado que se caracteriza por presentar tristeza, llanto fácil o simplemente no tienen ganas de hacer sus actividades cotidianas, esto se puede presentar ya que muchos de ellos tienen enfermedades crónicas como azúcar o presión alta y todo esto puede afectar su capacidad para realizar sus tareas en casa provocando una limitación y que cada día se les dificulte hacer cosas personales, sencillas. Por lo cual, se les invita a formar parte de esta encuesta para detectar si sufre de depresión y que tan difícil le es realizar sus actividades diarias. El objetivo de este estudio es Establecer la Asociación de Depresión y Dependencia Funcional en el Adulto Mayor de la UMF No. 5
Procedimientos:	Se le tomarán datos personales y contestará un cuestionario llamado Yesavage para evaluar depresión, se le harán preguntas sobre sus actividades diarias y como las realiza llamado Índice de Barthel. El investigador accederá a su expediente para ver su última cifra de azúcar y presión arterial, consultará su tratamiento farmacológico. Al firmar este consentimiento recibirá una copia de dicho documento. Le informamos que este estudio ha sido aprobado por las autoridades correspondientes para su realización.
Posibles riesgos y molestias:	Para la contestación de este cuestionario usted tendrá que dedicar un tiempo de aproximadamente 10 minutos. Otra posible molestia será abordar aspectos emocionales de su vida, los cuales se mantendrán en total confidencialidad.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted obtendrá información sobre si presenta depresión, el nivel de su última azúcar y presión arterial, así como el porcentaje de Independencia Funcional que presenta al momento. En caso de presentar riesgo de depresión se derivará para recibir atención por especialista para su tratamiento oportuno así como corregir sus niveles de azúcar y presión arterial por su médico familiar en caso de estar altos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	A partir de febrero 2021 usted podrá llamar al investigador responsable para conocer sus resultados. También en caso de así desearlo puede otorgar su teléfono para que le comuniquen sus resultados. En caso necesario podrá recibir más información sobre sus resultados o sobre como adquirir más atención sobre su riesgo depresión en caso de presentarla.
Participación o retiro:	Su participación es voluntaria. Usted tiene el derecho de retirarse de este estudio en el momento que lo decida, sin que haya ninguna repercusión en su atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos y la información serán tratados con suma confidencialidad y privacidad. No se mencionará su nombre en cualquier publicación relacionada al mismo.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	Dr. Waldo Ramón Hernández Lugo 11714115 UMF No. 5 Xicotencatl, Tam. 831 1622494
Colaboradores:	Dra. Nallely Aguiñaga Martínez 98290470 UMF No. 24 Mante Tam. 833 2320416 Dr. Juan de Dios Zavala Rubio 99298846 UMF No. 24 Mante Tam. 831 183 0882
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del Hospital General Regional No.6 (CEI-28018-HGR6), Cd. Madero Tamaulipas: Boulevard Adolfo López Mateos S/N Zona Centro, Código Postal 89400, Teléfono 833 215 2440, correo electrónico: comité.ética.hgr6@gmail.com	
Nombre y firma del participante Testigo 1	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	

2810-009-013

