



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 6
OCOTLAN, JALISCO.**

**DETECCION DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR
EN LA UMF NO. 22.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARIA ELBA BRAVO CAMACHO

OCOTLAN, JALISCO.

FEBRERO 2011.



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.

**DETECCION DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR EN
LA UMF NO. 22.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EM MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. MARIA ELBA BRAVO CAMACHO.

AUTORIZACIONES:

DRA. LUZ ELENA CHAVEZ ARANA.

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN HOSPITAL
GENERAL DE ZONA CON UMF NO. 6 DEL IMSS. OCOTLAN, JALISCO.**

DRA. LUZ ELENA CHAVEZ ARANA.

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS.

MEDICO FAMILIAR.
HGZ CON UMF NO. 6
OCOTLAN, JALISCO.

DR. FERNANDO RENE PEREZ ROMERO.

MEDICO INTERNISTA Y GERIATRA.

HGZ CON UMF NO 6.
OCOTLAN, JALISCO.



JEFATURA DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD
OCOTLAN, JALISCO

DR. JAIME FRANCISCO CASTILLO DIAZ.
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.
HGZ CON UMF NO. 6.
OCOTLAN, JALISCO.

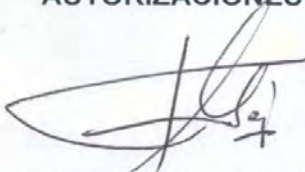
**DETECCION DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF
No 22.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

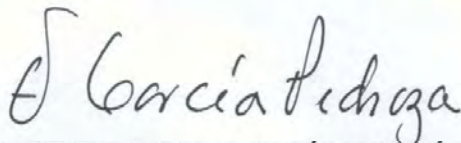
PRESENTA

DRA. MARÍA ELBA BRAVO CAMACHO

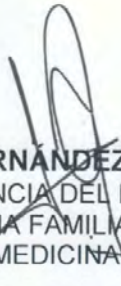
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la vida, la familia y las personas de que me ha rodeado.

A mi familia por el apoyo incondicional que siempre me ha brindado, por su comprensión, pues mucho del tiempo dedicado a ella lo invertí en este proyecto.

A mis directivos (Dr. Emilio Abis, Dr. Marco Antonio Hernández y Dr. José Luis López) por las facilidades que me dieron para que esta meta llegara a su fin.

A mis profesores por la gran disposición que siempre tuvieron para brindarme sus conocimientos.

A mi coordinadora estatal (Dra. María del Refugio Vargas) por que siempre recibí de ella solo palabras de aliento para seguir adelante.

A mi asesora y profesora (Dra. Luz Elena Chávez) por su dedicación, su entrega y entusiasmo con el cual ha hecho posible que llegue al término de esta meta que dio inicio hace 3 años.

A mis compañeras de residencia que terminaron un año antes que yo y a mis compañeros de trabajo por el apoyo y los estímulos brindados pero sobre todo por su amistad que espero conservar por mucho tiempo.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Universidad Nacional Autónoma de México por la oportunidad brindada y gracias a la cual hoy veo realizado uno más de mis grandes sueños.

Por esto y mucho más, de corazón mil gracias.

INDICE GENERAL

MARCO TEÓRICO.....	6
Planteamiento del problema.....	16
Justificación.....	17
Objetivos.....	17
• General	
• Particular	
Material y métodos.....	18
• Tipo de Estudio	
• Población, lugar y tiempo de estudio	
• Tipo de muestra y tamaño de muestra	
• Criterios de inclusión y criterios de no inclusión	
• Variables a recolectar	
• Método o procedimiento para captar la información	
• Consideraciones éticas	
Resultados.....	30
• Descripción de los resultados	
• Tablas y gráficas	
Discusión.....	48
Conclusiones.....	51
Referencias bibliográficas.....	53
Anexos.....	56

MARCO TEORICO

EPIDEMIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1972, propuso como edad de inicio de la vejez a los 65 años. (1)

La definición de “anciano” no es de modo alguno inequívoca, sino algo cambiante histórica y socialmente. En el concepto cronológico convencional, es el “adulto mayor de 65 años” pues es el punto de corte más frecuente en los estudios sobre esta población. (2)

Según datos presentados en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en el 2001, la proporción de adultos mayores en la población era de aproximadamente el 8 % en 1950 y se calcula que para el 2050 será del 21 %.

México no está exento de este cambio demográfico, ya que el envejecimiento de la población se acelerará significativamente en el presente siglo. Se calcula que el número de adultos mayores aumentará de 6.8 millones en el 2002 a 22.2 millones en el 2030 y a 36.2 millones en el 2050. (3)

Con el aumento de los adultos mayores en el mundo se espera una mayor incidencia de múltiples enfermedades crónicas, en las que se incluye la depresión. Es probable que esta última constituya la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez. (4)

ENVEJECIMIENTO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El envejecimiento normal produce una pérdida de células nerviosas en el encéfalo. Esta pérdida puede alcanzar un porcentaje entre 10 y 60 % en áreas como el hipocampo, y puede variar en otras áreas dentro de la corteza (55 % en la circunvolución temporal y entre el 10 y 35 % en la punta del lóbulo temporal). Así, entre los 20 y 90 años se produce una disminución de peso del encéfalo entre un 5 y un 10 %; ello va a producir una atrofia cerebral, y por lo tanto, un aumento de 3 a 4 veces del área de los ventrículos cerebrales en relación con el encéfalo. La consecuencia principal de los fenómenos de atrofia y muerte neuronal son las alteraciones de los neurotransmisores, en los circuitos neuronales y en las funciones cerebrales controladas por ellos. Los más afectados durante el proceso de envejecimiento son los colinérgicos y noradrenérgicos

de proyección cortical y, fundamentalmente el dopaminérgico nigroestriado. (5)

El envejecimiento cerebral conlleva una serie de alteraciones en los sistemas de neurotransmisión tanto a nivel presináptico (muerte o disfunción neuronal con disminución de liberación del neurotransmisor, alteraciones de la recaptación, etc.), como posináptico (alteraciones del receptor o de su densidad y cambios en la transducción de la señal). Las alteraciones en los marcadores de los sistemas de neurotransmisión asociados a la etiología de la depresión se han revisado con rigor por Powers (1994). (6)

DEPRESION

El concepto “depresión” no es inequívoco. Cuando decimos que alguien está “deprimido”, podemos estar denominando cosas muy diferentes bajo ese único nombre. El significado más amplio del término depresión se refiere a un estado de ánimo triste, abatido o desanimado. Definir la depresión solo atendiendo a cambios anímicos es incorrecto conduce a una elevada tasa de diagnósticos “falsos positivos” y proporciona por lo tanto, un índice inespecífico de depresión (Vázquez y Sanz, 1991).

La depresión también puede entenderse como un “sumatorio” de síntomas o “síndrome” en el que se considera no solo los citados componentes anímicos sino también otros síntomas “insomnio, apatía, inhibición del deseo sexual, etc.”

La depresión puede entenderse como un cuadro clínico o “trastorno afectivo” en este sentido, más restrictivo y riguroso, un individuo no solo ha de manifestar una serie de síntomas depresivos determinados sino que ha de cumplir una serie de requisitos (exclusión de causas) orgánicas identificables, exclusión de trastornos mentales graves como esquizofrenia, etc. (2).

El término depresión era exclusivamente usado por la medicina cardiovascular hasta que, a mediados del siglo XX, se introduce el entonces novedoso término de “depresión mental” para denominar a los citados estados melancólicos que, ya a finales del siglo, pasarían a llamarse depresión, término que ha subsistido hasta nuestros días.

En la actualidad, como es ampliamente conocido, las definiciones más aceptadas de trastornos depresivos son las descritas en los

consensos de clasificación de trastornos mentales de uso más habitual, esto es, La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-4).

La CIE-10 define el episodio depresivo como aquella situación en que el paciente sufre una alteración del humor, reducción de su energía y disminución de su nivel de actividad, en un contexto de disminución del interés, de la concentración y de su capacidad para disfrutar (Organización Mundial de la Salud 1992).

Así mismo la CIE-10 divide los trastornos depresivos en episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y distimia, incluida en el subgrupo de trastornos del humor persistentes. La subdivisión de estas categorías, exceptuando la distimia se hace a partir del nivel de intensidad (leve, moderado, grave) y de la presencia de síndromes somáticos y/o síntomas psicóticos por su parte el DSM-IV clasifica los trastornos depresivos en cuatro subgrupos de naturaleza paralela a los de la CIE-10: trastorno depresivo mayor (episodio), trastorno depresivo mayor (recidivante), trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. (6)

Existe otro grupo de trastornos depresivos incluidos en los llamados trastornos adaptativos que pueden presentarse con sintomatología depresiva, bien pura o bien mezclada con alteraciones de ansiedad, de la conducta a o de las emociones. (5)

DEPRESION EN EL ANCIANO

El ánimo depresivo no forma parte del envejecimiento normal y su presencia puede subestimarse. Los síntomas depresivos, tanto como la depresión, tienen un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del adulto mayor. En estudios transversales y longitudinales se ha demostrado que los adultos mayores que viven en las comunidades afectados por este problema tienen mayor discapacidad física y social. Todos estos estudios han considerado la discapacidad como la consecuencia última de los síntomas depresivos. (4)

La depresión es uno de los principales síndromes geriátricos es una enfermedad crónica recurrente que tiene consecuencias devastadoras en el adulto mayor. (7)

Es el trastorno afectivo más frecuente en el anciano y una de las principales causas de consulta médica, aún cuando su presencia puede ser desapercibida; el ánimo triste no forma parte del

envejecimiento y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de la actitud social. (5)

Si bien la prevalencia de la depresión en el adulto mayor se calcula entre el 1 y el 3 % cuando se aplican los criterios del Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV), la de los síntomas depresivos es mucho mayor y se ubica entre el 10 y el 50 %. (4)

La prevalencia de la depresión en el anciano es diferente según la metodología y la población de referencia utilizada. Los estudios que consideran la presencia de sintomatología depresiva reportan una prevalencia más elevada que aquellos que usan los criterios clínicos definitivos. Con criterios del DSM-IV-TR la prevalencia es del 1 al 3 %, pero con instrumentos de tamizaje especialmente desarrollados para los ancianos es muy superior por lo tanto se calcula la prevalencia de síntomas de depresión se sitúa entre el 10 y el 27 % de los adultos mayores de la comunidad. (7)

El primer estudio epidemiológico de repercusión mundial en el campo psiquiátrico, el famoso estudio Americano Epidemiological Catchment Área (ECA) (Regier y Cols; 1998), tenía como principal inconveniente el hecho de que se usaron instrumentos y métodos para la población en general y no específicos para el anciano. Aun así, entrevistaron 5702 ancianos residentes en la comunidad y constituye el estudio epidemiológico más importante hasta el momento. Dicho estudio encontró una prevalencia mayor del 1 % de depresión mayor (0.4 % en varones; 0.9% en mujeres) según el DSM.III-R usando la escala DIS de Robins. Como cabía esperar la prevalencia era mayor para el trastorno distímico (1% en varones y 2.3% en mujeres).

Ello contrasta con el 15 % de prevalencia de una categoría más amplia de depresión, encontrada un par de años antes en EE.UU. por el estudio de New Haven (Huntley y Cols., 1986), usando las CES-D con un corte para la detección de 16 o más puntos en una muestra de 2811 individuos.

El reciente estudio europeo EURO-DEP ha sido el primer intento loablemente serio de estudiar la prevalencia de depresión con un diseño homogéneo entre países y una metodología diseñada específicamente para ancianos con una muestra de 13,808 participantes entrevistados con el Geriatric Mental State (GMS)-AGECAT.

A pesar de utilizar una metodología similar en los nuevos países participantes, se encontraron diferencias sustanciales en la prevalencia de depresión. Así, los autores (Copeland y Cols., 1999) encontraron una prevalencia global de 12.3% (IC 95%), 11.8-12.9%).

Los autores desglosaron en dos grupos a los centros participantes. El primer grupo con prevalencia en una banda alta (entre 17.3 y el 23.6%) entre los que se encontraba el centro de Londres, el de Berlín, el de Verona y el de Munich, y otro grupo con prevalencias más bajas que variaban entre el 8.8% y el 12% (Zaragoza, Islandia, Liverpool, Dublín y Ámsterdam).

En general encontraron también diferencias significativas en la prevalencia en las mujeres (14.1%) Y en los varones (8.6%)

El estudio Zaragoza (Lobo y Cols., 1995) incluidos en el consorcio EURO-DEP y con una muestra representativa poblacional de 1,080 personas mayores de 65 años, describe una prevalencia de 10.7%, incluyendo todos los casos de depresión, siendo 2.5 veces más frecuente en mujeres. Otro 9.9% fueron diagnosticados de subcasos de depresión.

La depresión mayor tenía una prevalencia del 1%, el trastorno distímico un 1.3%, el trastorno adaptativo con humor depresivo 2.5% y el mixto (ansiedad y depresión) un 0.6%. (6)

De acuerdo a un estudio realizado en el IMSS, Reyes describe que el 20% de los ancianos derechohabientes en el país no tiene ninguna forma de ingreso y además el 80% tiene algún padecimiento crónico como hipertensión, diabetes mellitus, artritis y la depresión, son los problemas de salud más frecuentes.

La investigación de Reyes subraya que muchas veces se dice “ya esta viejo, por eso está triste” y no se valora la depresión como un problema importante de la salud de los ancianos.

Según el estudio, en la mayoría de los estados uno de cada tres ancianos esta deprimido.

Los ancianos deprimidos tienen peor pronóstico, ya que debido al padecimiento dejan tratamiento, no toman los medicamentos y tampoco siguen una dieta adecuada por lo que es necesario darles alternativas como psicoterapias adecuadas de grupo e implementar actividades físicas sistemáticas que le ayuden a mejorar su estado de ánimo y socialización. (8)

La causa número uno de suicidios en los estados unidos es la depresión no tratada. Los adultos mayores tienen mayor riesgo de suicidio casi al doble de la población en general. Los hombres blancos de más de 65 años tienen una tasa de suicidio 5 veces superior a la población en general.

La depresión es una enfermedad que genera discapacidad. Su prevalencia anual en la población en general es del 3.2%. Se calcula que la presencia de síntomas de depresión en el anciano se sitúa entre el 10 y el 27 % de los adultos mayores.

Aunque el trastorno depresivo mayor tiene una prevalencia un poco más baja en adultos de edad mayor que en poblaciones más jóvenes, en realidad son más comunes los síntomas de depresión. La prevalencia en ancianos enfermos y hospitalizados es en especial alta del 20 al 30% (9).

Como ya se ha citado anteriormente la población anciana esta aumentando considerablemente, así que las patologías propias de esta edad serán cada vez mayores, la infraestructura del sistema sanitario, tendrá que organizarse en función de las demandas de estos pacientes. Dentro de la psicogeriatría, la depresión en el anciano es una de las patologías más frecuentes, así que merece una especial atención (10).

Factores de riesgo de depresión en el anciano.	Enfermedades asociadas a la depresión en el anciano.	Fármacos asociados a depresión en el anciano.
Sexo femenino. Sin pareja. Falta de apoyo en el entorno social. Circunstancias personales estresantes. El padecer una enfermedad crónica. Fármacos o combinación de fármacos. Vivir solo o socialmente aislado. Luto reciente. Miedo a la muerte. Historia previa de depresión. Historia familiar de depresión. Intentos previos de suicidio. Consumo de alcohol o drogas.(11)	Demencia. Enfermedad de parkinson. Enfermedad de Huntington. Enfermedad vascular cerebral. Alteraciones neurológicas. Trastornos endocrinos. Infecciones. Enfermedades cardiovasculares. Cáncer. Dolor crónico. Deshidratación. Alteraciones hidroelectrolíticas. Déficit vitamínico. Colon irritable. Incontinencia urinaria.(5) (6)	Reserpina. Metildopa. Propranolol y otros beta bloqueadores. Anticonceptivos orales. Antihipertensivos. Esteroides. Benzodiacepinas. Cimetidina y ranitidina. Quimioterapia. Digoxina. Tiazidas. Bromocriptina. Levodopa. Haloperidol. Barbitúricos. Fenitoína. Penicilina G. y ampicilina. Antituberculosos. Sulfamidas. Metoclopramida.(5)

		(6)
--	--	-----

CUADRO CLINICO

Tradicionalmente se ha considerado que en la depresión del anciano existían determinados aspectos clínicos que eran más característicos o propios del trastorno de esa edad. Entre ellos destaca un exceso relativo de quejas somáticas, hipocondrías y agitación en una supuesta mayor “endogenicidad”.

Las presentaciones particulares en la depresión en el anciano incluyen:

- Acentuación patológica de estados premórbidos de personalidad.
- Quejas somáticas desproporcionadas o somatizaciones.
- Expresión minimizada de tristeza.
- Daño autoinducido deliberadamente.
- Trastorno conductual.
- Seudodemencia depresiva.
- Depresión “vascular”.
- Comorbilidad con trastornos somáticos. (6)

La sintomatología clásica de la depresión en el adulto mayor afecta las siguientes dimensiones:

- 1) Dimensión afectiva: llanto, tristeza, apatía, etc.
- 2) Dimensión cognoscitiva: desesperanza, negligencia, ideas suicidas, culpabilidad, etc.
- 3) Dimensión somática: cambio de energía, del apetito, del sueño, evacuación intestinal, de la libido, etc. (7).

DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN EL ANCIANO

Las características básicas en los instrumentos de evaluación de depresión en el anciano deben ser:

- Diseño comprensible.
- Preguntas adecuadas.
- Simplicidad.
- Facilidad de contestación.
- Adecuación ambiental.

Para el escrutinio de depresión en el adulto mayor contamos con:

- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.
- Escala de Zung y Conde.
- Escala de Cornell.
- Escala de Hamilton.
- Escala de Depresión de Montgomery Asberg (MADRS).

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) por sus siglas en inglés, creada por Yesavage, et al., ha sido probada y usada extensamente en la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste en 15 preguntas. Para la versión corta se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación.

De los 15 puntos 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje 0-4 se consideraba normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indican depresión leve; 9-11 indican depresión moderada; y de 12-15 depresión severa. (12).

Validez y confiabilidad: la sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y la confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como con la investigación clínica. (12).

- 1- La Escala de Depresión de Yesavage esta diseñada para ser utilizada por el propio anciano, se trata de un autoinforme, ante residentes y analfabetas o ciegos, esta prueba debe ser administrada por personal formado en el instrumento.
- 2- El tiempo requerido para su aplicación es de 5 a 10 minutos aproximadamente.
- 3- Se recomienda comenzar su utilización al ingreso del anciano a la residencia, permitiendo detectar aquellos síntomas de depresión motivados por la institucionalización.
- 4- La frecuencia de uso más recomendable sería la semestral, o antes cuando se sospeche de síntomas de depresión o cuando haya depresión en tratamiento en determinado anciano. (13).

DIAGNOSTICO DE DEPRESION MAYOR

Los criterios para diagnóstico de un episodio depresivo mayor (DSM-IV) son: la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida del interés o de la capacidad para el placer además de:

- Aumento o pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (cambio de más del 5% del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de la energía.
- Sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte. (6).

ANTECEDENTES DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

De mayo a agosto de 1999, Trinidad Hoyl, Eduardo Valenzuela, Pedro Paulo Marín, realizaron un estudio en Santiago de Chile, de depresión en el adulto mayor para evaluar la efectividad de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, en 110 adultos mayores ambulatorios. Obteniendo como resultado que el puntaje promedio en la Escala de Depresión Geriátrica (15-GDS) fue que el 47 % de los pacientes resultó positivo para depresión y con 5 ítems dio como resultado 12 % de falsos negativos y 10 % de falsos positivos, llegando a la conclusión de que la versión abreviada de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica parece ser tan efectiva como 15-GDS para el tamizaje de depresión. (14).

En el 2000, María Silvia Tapia, en Tlaxcala, realizó un estudio de depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica en el HGZ 1 del IMSS, en 123 pacientes, obteniendo como resultado que el 32.5 % presento depresión leve, 44.5 % depresión moderada y 2.5 % depresión severa, sin diferencia de género. (15).

En 2001, Carolina Aranda, Manuel Pando, Ma. Elena Flores y Teresa García, realizaron un estudio sobre Depresión y redes de apoyo en el adulto mayor institucionalizado en la zona Metropolitana de Guadalajara, utilizando la escala de Depresión Geriátrica de

Yesavage, en 1,551 adultos mayores, y obtuvieron como resultado que el 37.7 % de la población estudiada fue considerada como caso depresivo y la presencia de depresión se asoció con la edad. (16).

En el 2002, Miriam Lesingurski en el Distrito de Barranca de Lima, Perú, realizó un estudio mediante una valoración geriátrica integral en la población de adultos mayores, en 72 pacientes, obteniendo como resultado que el 36.1 % presentó depresión leve y el 5.6 % depresión establecida, aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. (17).

De octubre a diciembre del 2002, el Dr. Leonardo Miguel Rodríguez y la Psicóloga Naraegla Méndez, realizaron un estudio de prevalencia de depresión en adultos mayores del sureste de Veracruz en el HGZ 36 del IMSS en Coatzacoalcos, Veracruz, en 45 adultos mayores, obteniendo como resultado que la prevalencia de depresión detectada fue del 57.8 %, de los cuales el 46.7 % fue depresión leve y el 11.1 % depresión moderada a severa. (18).

De junio a diciembre del 2003, Jesús Alfonso Martínez, en el HGZ 16 del IMSS en Torreón Coahuila, realizó un estudio de prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en el adulto mayor hospitalizado, en 320 pacientes, obtuvo como resultado que el 50.3 % tenía depresión, predominó la depresión leve en 23.8 %, moderada en 19 %, aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. (19).

De enero a abril del 2005, la Dra. Norma Hernández, en la Habana, Cuba, realizó un estudio de prevalencia de depresión en ancianos ingresados al Hospital de día de Geriátrica, en 43 pacientes ingresados al Hospital "Dr. Salvador Allende", obteniendo como resultado que el 69 % de los pacientes presentaron depresión. (20).

En 2005, E. Márquez Cardoso en el Estado de México realizó un estudio de depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores asociados, en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS en la Delegación Oriente del Estado de México, en 277 pacientes, obteniendo como resultado que la frecuencia de depresión fue del 72.1 %, aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. (21).

En el 2006, Felipe Ramón García, en la Habana, Cuba, realizó un estudio sobre el comportamiento de la depresión en el adulto mayor, en 2000 pacientes, se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, obteniendo como resultado que la depresión estuvo presente en el 47 % de la población de estudio y esta predominó en el sexo femenino en un 48 %. En el 2006, el Dr. Marcos Castro Lizárraga en el Distrito Federal, realizó un estudio de factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor,

participaron 511 pacientes, aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Obteniendo como resultado que la prevalencia de depresión fue del 41.7 %, de esta el 13.7 % fue leve, el 14.3 % moderada y el 13.7 % severa. (22).

En el 2006, el Dr. Marcos Castro Lizárraga realizó un estudio de factores de riesgo asociados a depresión en el adulto mayor en el D.F. participaron en el estudio 511 pacientes y obtuvo como resultado una prevalencia de depresión del 41.7 %, de ella el 13.7 % fue depresión leve, el 14.3 % moderada y el 13.7 % depresión severa. Aplicando la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. (23).

En el 2007, el Dr. Víctor T. Pérez Martínez Nora Arcia Chávez en la Habana, Cuba, realizaron un estudio sobre el comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor en 230 adultos mayores, obtuvieron como resultado que el 64.8 % tenía depresión y ésta predominó en el sexo femenino. (24).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión ocupa el 4to. Lugar como causa de discapacidad en el mundo. Es el más común de los trastornos mentales, afectando alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo.

Tiene repercusiones en la población en general pero más aún en el grupo vulnerable como es el adulto mayor.

La UMF No. 22 cuenta con una población adscrita de 1488 adultos mayores de 65 años incluyendo hombres y mujeres, la demanda de consulta es relacionada en un alto porcentaje con trastornos de fondo psicológico, cuyos síntomas son muy vagos, ocasionando que el diagnóstico de depresión en el anciano sea subdiagnosticado y por lo tanto no se de un adecuado y oportuno manejo a esta patología.

El investigador principal contó con los recursos necesarios y el apoyo de las autoridades de la unidad para la realización del proyecto, el cual estuvo programado en tiempo suficiente para su realización en forma oportuna.

Con base en lo anteriormente expuesto se pretende contestar la siguiente pregunta de investigación:

¿CUAL ES LA FRECUENCIA DE DETECCION DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 22 DE ATOTONILCO EL ALTO, JALISCO?

JUSTIFICACION

La causa número uno de suicidios en los estados unidos es la depresión no tratada. Los adultos mayores tienen mayor riesgo de suicidio casi al doble de la población en general. Los hombres blancos de más de 65 años tienen una tasa de suicidio 5 veces superior a la población en general.

La depresión es una enfermedad que genera discapacidad. Su prevalencia anual en la población en general es del 3.2%. Se calcula que la presencia de síntomas de depresión en el anciano se sitúa entre el 10 y el 27 % de los adultos mayores.

Aunque el trastorno depresivo mayor tiene una prevalencia un poco más baja en adultos de edad mayor que en poblaciones más jóvenes, en realidad son más comunes los síntomas de depresión. La prevalencia en ancianos enfermos y hospitalizados es en especial alta del 20 al 30% (9).

Como ya se ha citado anteriormente la población anciana esta aumentando considerablemente, así que las patologías propias de esta edad serán cada vez mayores, la infraestructura del sistema sanitario, tendrá que organizarse en función de las demandas de estos pacientes. Dentro de la psicogeriatría, la depresión en el anciano es una de las patologías más frecuentes, así que merece una especial atención. (10)

Fue factible la realización de este estudio ya que no requirió financiamiento por parte de la Institución, el investigador es trabajador de la UMF No. 22, y contó con el apoyo de las autoridades institucionales.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de detección de depresión en el adulto mayor adscrito a la UMF # 22 de Atotonilco el Alto, Jalisco.

OBJETIVOS PARTICULARES

- 1.- Identificar características sociodemográficas de la población estudiada y otros datos como: condiciones económicas, dependencia de hábitos tóxicos, enfermedades crónicas no transmisibles, convivencia, autosentimiento de maltrato y limitación física del paciente.
- 2.- Describir el tipo o grado de depresión presente en el grupo de estudio.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

La presente investigación se clasificó como un estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo de detección.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Lo constituyó la población derechohabiente de la UMF # 22 mayor de 65 años de edad que corresponde a 1488 pacientes registrados en el departamento de archivo (mediante el sistema 4-30-10) a la fecha de octubre del 2007.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el programa estadístico EPI INFO-6., herramientas stat calc, con una población de 1488 pacientes, con un 10 % de prevalencia esperada, con un nivel de confianza del 99 %, resultando un tamaño de muestra de 206 pacientes. Se tomó un margen de error del 5 % y fue realizado con ayuda de EPI INFO-6 (programa stat calc).

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1) Adultos mayores de 65 años.
- 2) Derechohabientes del IMSS, adscritos a la UMF # 22.
- 3) Acepta participar y firma.
- 4) Cualquier sexo.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- 1) Adulto mayor con cualquier patología que provoque deterioro cognitivo, identificado en la entrevista y observación del mismo.
- 2) Que no sepa leer ni escribir.
- 3) Que tenga discapacidad visual.

- 4) Que neurológica y psicológicamente sea incapaz de responder de forma confiable.

VARIABLES DEL ESTUDIO.

INTERVINIENTES:

- Sexo.
- Edad.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Estado civil.
- Religión.
- Condiciones Económicas.
- Dependencia de hábitos tóxicos.
- Antecedentes personales patológicos.
- Convivencia.
- Auto sentimiento de maltrato.
- Limitación física.
- Está satisfecho con su vida
- Ha renunciado a muchas de sus actividades.
- Siente que su vida está vacía.
- Se encuentra a menudo aburrido.
- Tiene a menudo buen ánimo.
- Teme que algo malo le pase.
- Se siente feliz frecuentemente.
- Se siente a menudo abandonado.
- Prefiere quedarse en casa que salir.
- Cree tener más problemas de memoria que los demás.
- Piensa que es maravilloso vivir.
- Le cuesta iniciar nuevos proyectos.
- Se siente lleno de energía.
- Se siente desesperado.
- Cree que mucha gente esta mejor que usted.

DEPENDIENTE:

- Depresión.
- Grado de Depresión.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

1.- EDAD: Se estratificó la población por medio de la siguiente escala cuantitativa discreta:

De 65-69 años.
De 70-74 años.
De 75-79 años.
De 80 y más años.

2.- SEXO: se clasificó la población mediante la siguiente escala nominal.

Femenino.
Masculino.

3.- ESCOLARIDAD: para su clasificación se utilizó una escala cualitativa ordinal. Considerándose cualquier grado o nivel de instrucción alcanzado en el sistema de enseñanza:

- Ninguna.
- Primaria (completa o incompleta).
- Secundaria (completa o incompleta).
- Preparatoria (completa o incompleta).
- Estudios superiores

4.- OCUPACION: se clasificó la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Considerando Si, cualquier ocupación que le reporte ingreso permanente y No, en cualquier otro caso.

5.- ESTADO CIVIL: Se clasificó mediante la siguiente escala nominal:

Soltero.
Casado.
Viudo.
Divorciado.
Unión libre.

6.- RELIGION: Se clasificó la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Considerando Si, a la presencia de cualquier culto religioso y No, en cualquier otro caso.

7.- CONDICIONES ECONOMICAS: ingreso del paciente y/o de la persona responsable de él. Se utilizó la siguiente escala cualitativa nominal:

Buena: más de 100 pesos por día
Regular: de 50-100 pesos por día
Mala: menos de 50 pesos por día

8.- DEPENDENCIA DE HABITOS TOXICOS: se limitó al consumo de alcohol, psicofármacos y tabaco. Se utilizó la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Si, cuando ingería al menos 1 tableta, 1 trago o fumaba al menos 1 cigarrillo al día y No cuando esta dependencia se encontraba ausente.

9.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: se clasificó mediante la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Considerando Si, a la presencia de Cualquier enfermedad crónica no transmisible que no excluya al encuestado del estudio y se encuentre presente y No, a la ausencia de enfermedad.

10.- CONVIVENCIA: Se consideró conviviente a cualquier persona con vínculos sanguíneos o no, que acompañe al encuestado y que vive con él. Se utilizó la siguiente escala cualitativa:

Solo.
Acompañado.

11.- AUTOSENTIMIENTO DE MALTRATO: cualquier daño observable o percepción de daño y abuso por el encuestado en cualquiera de sus manifestaciones. Para su calificación se utilizó la siguiente escala dicotómica:

Si.

No.

Si, de existir evidencia física o psicológica percibida por el adulto mayor y

No, en cualquier otro caso.

12.- LIMITACION FISICA: De existir algún grado de limitación que requiera de ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (comer, vestirse, bañarse, usar el baño, desplazarse). Se clasificó por medio de una escala cualitativa nominal que se describe como:

Ayuda total: Cuando el adulto mayor no puede valerse por el mismo.

Cierto o algún nivel de ayuda: Cuando puede valerse por él mismo, pero con ayuda.

No limitada: Cuando se vale por él mismo, sin ayuda.

13.- ESTA SATISFECHO CON SU VIDA: Se utilizó para su clasificación la siguiente escala dicotómica:

Si.

No.

Si, de sentirse satisfecho con su vida y No, en cualquier otro caso

14.- HA RENUNCIADO A MUCHAS DE SUS ACTIVIDADES. Se clasificó mediante la siguiente escala dicotómica:

Si.

No.

Si, de haber renunciado a muchas de sus actividades de la vida diaria y No, en cualquier otro caso.

15. SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACIA. Se clasificó mediante la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Si, De sentir que su vida esta vacía y No, en cualquier otro caso.

16.- SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO: se clasificó mediante la siguiente escala dicotómica:

Si.
No

Si, si a menudo se encuentra aburrado y No, en cualquier otro caso.

17.- TIENE A MENUDO BUEN ANIMO: se clasificó mediante la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Si, si a menudo se encuentra con buen ánimo y No, en cualquier otro caso.

18.- TEME QUE ALGO MALO LE PASE. Se clasificó mediante la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Si, si siente temor a que algo malo le suceda y No, en cualquier otro caso.

19.- SE SIENTE FELIZ FRECUENTEMENTE. Se clasificó mediante la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Si, de sentirse feliz frecuentemente y No, en cualquier otro caso.

20.- SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO. Se clasificó mediante la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Si, si se siente a menudo abandonado y No, en cualquier otro caso.

21.- PREFIERE QUEDARSE EN CASA QUE SALIR: se clasificó mediante la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Si, si prefiere quedarse en casa que salir a hacer otras cosas y No, en cualquier otro caso.

22.- CREE TENER MAS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LAS DEMAS PERSONAS: se clasificó mediante la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Si, si cree tener más problemas de memoria que los demás y No, en cualquier otro caso.

23.- PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR: se clasificó mediante la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Si, si piensa que vivir es maravilloso y No, en cualquier otro caso.

24.- LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS: se clasificó mediante la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Si, si le cuesta trabajo iniciar nuevos proyectos y No, en cualquier otro caso.

25.- SE SIENTE LLENO DE ENERGIA: se clasificó mediante la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Si, de sentirse lleno de energía y no en cualquier otro caso.

26.- SE SIENTE DESESPERADO: se clasificó mediante la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Si, de sentirse desesperado y no en cualquier otro caso.

27.- CREE QUE MUCHA GENTE ESTA MEJOR QUE USTED: se clasificó mediante la siguiente escala dicotómica:

Si, si cree que los demás están mejor que él (ella).

No: en cualquier otro caso.

28.- DEPRESION: se clasificó la población mediante la siguiente escala dicotómica:

Si.
No.

Considerando Si, cuando presenta síntomas de depresión y No, si no presentan síntomas de depresión.

29.- GRADO DE DEPRESION: se clasificó mediante la siguiente escala cualitativa ordinal:

Depresión leve (5-8 puntos).
Depresión Moderada (9-11 puntos).
Depresión severa (12-15 puntos).

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	NATURALEZA	ESTADISTICO EPI INFO-6	INDICADOR
EDAD	INTERVINIENTE	CUANTITATIVA DISCRETA	%	AÑOS CUMPLIDOS
SEXO	INTERVINIENTE	CUALITATIVA NOMINAL	%	FEMENINO MASCULINO
ESCOLARIDAD	INTERVINIENTE	CUALITATIVA ORDINAL	%	NINGUNA PRIMARIA SECUNDARIA PRERARATORIA ESTUDIOS SUPERIORES
OCUPACION	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
ESTADO CIVIL	INTERVINIENTE	CUALITATIVA NOMINAL	%	SOLTERO CASADO VIUDO DIVORCIADO UNION LIBRE
RELIGION	INTERVINIENTE	DICOTOMICA		PRESENTE AUSENTE
CONDICIONES ECONOMICAS	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA NOMINAL	%	BUENA REGULAR MALA
DEPENDENCIA DE HABITOS TOXICOS	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	INTERVINIENTE	CUALITATIVA NOMINAL	%	PRESENTE AUSENTE
CONVIVENCIA	INTERVINIENTE	CUALITATIVA NOMINAL	%	SOLO ACOMPAÑADO
AUTOSENTIMIENTO DE MALTRATO	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
LIMITACION FISICA	INTERVINIENTE	CUALITATIVA NOMINAL	%	AYUDA TOTAL ALGUN NIVEL DE AYUDA NO LIMITADA
SATISFACCION CON SU VIDA	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
RENUNCIA A ACTIVIDADES	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
SENSACION DE VIDA VACIA	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
PERCEPCION DE ABURRIMIENTO	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE

ESTADO DE ANIMO	INTERVINIENTE	DICOTÓMICA	%	PRESENTE AUSENTE
SENSACION DE TEMOR PERSONAL	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
PERCEPCION DE FELICIDAD	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
SENSACION DE ABANDONO	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
AISLAMIENTO SOCIAL	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
PERCEPCION DE PROBLEMAS DE MEMORIA	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
OPINION SOBRE LA VIDA	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
INICIACION DE NUEVOS PROYECTOS	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
PERCEPCION DE ENERGIA	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
SENSACION DE DESESPERANZA	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
AUTOPERCEPCION ANTE LOS DEMAS	INTERVINIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
DEPRESION	DEPENDIENTE	DICOTOMICA	%	PRESENTE AUSENTE
GRADO DE DEPRESION	DEPENDIENTE	CUALITATIVA ORDINAL	%	D. LEVE D. MODERADA D. SEVERA

PROCEDIMIENTO.

Previa autorización del CLIS No. 1306 del HGZ 46 del IMSS.

Se realizó un muestreo por conveniencia en los adultos mayores que se encontraron en el área de la consulta externa de medicina familiar en ambos turnos, hasta completar la muestra.

El Investigador les comentó de la realización y el objetivo de la investigación y les invitó a participar, haciendo de su conocimiento que su participación consistiría en contestar un cuestionario. A los pacientes que aceptaron participar se les condujo al consultorio de medicina preventiva (para preservar la privacidad), en donde se llenó la hoja de consentimiento informado y con la anuencia del paciente, se procedió a realizar

la encuesta con el instrumento ex profeso (ver anexo 2) en forma individual y sin la presencia del familiar y/o del acompañante.

El instrumento contiene un apartado con los datos socio-demográficos y otros datos tales como economía, dependencia de hábitos tóxicos, enfermedades crónicas no transmisibles, convivencia, autosentimiento de maltrato y limitación física del paciente y el test de Yesavage modificado para medir depresión en el adulto mayor y el cual presenta una sensibilidad y especificidad adecuadas para el estudio, dicho test consta de 15 ítems cuya interpretación será la siguiente:

- 0-4 Normal.
- 5-8 Depresión leve.
- 9-11 Depresión moderada.
- 12-15 Depresión severa.

El estudio se realizó en un período de 3 meses o hasta completar el tamaño de la muestra. Después de su aprobado por el Comité de Investigación 1306. En la UMF # 22.

ANALISIS ESTADISTICO Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Con los resultados de los instrumentos, se conformó una base de datos en el programa de cómputo de EXCEL y se procesó mediante el programa estadístico EPI INFO-6, en medidas de frecuencia como porcentajes, moda y mediana, se plasmó en gráficos y tablas y se procedió al análisis de los resultados.

ASPECTOS ETICOS

- 1.- La realización de este proyecto de investigación fue sometida para su autorización al comité de Ética e Investigación No. 1306 del HGZ # 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 2.- El presente proyecto de investigación se apegó a las normas de reglamento de la Ley General de Salud en Materia de

Investigación para la salud, clasificándolo como un **ESTUDIO SIN RIESGO**, de acuerdo a lo normado en la fracción 1, del artículo 17, en el capítulo 1 del título segundo, del mencionado documento.

3.- Se apegó a las normas de Helsinki del 2001 y sus enmiendas, en el cual lo clasifican como de bajo riesgo.

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS HUMANOS:

- 1.- Un Investigador principal (profesor titular de la residencia de Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS)
- 2.- Dos Asesores Médicos de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (Médico Cirujano y Partero y Médico Internista y Geriatra).

RECURSOS MATERIALES:

- 1.- Hojas de anotaciones.
- 2.- Lápices, borradores, marcadores.
- 3.- Equipo de cómputo.
- 4.- Area de consulta externa y consultorio de medicina preventiva de la Unidad de Medicina Familiar No 22.

FINANCIAMIENTO:

El presente trabajo de investigación fue financiado por Dra. María Elba Bravo Camacho. No requirió financiamiento de la Institución.

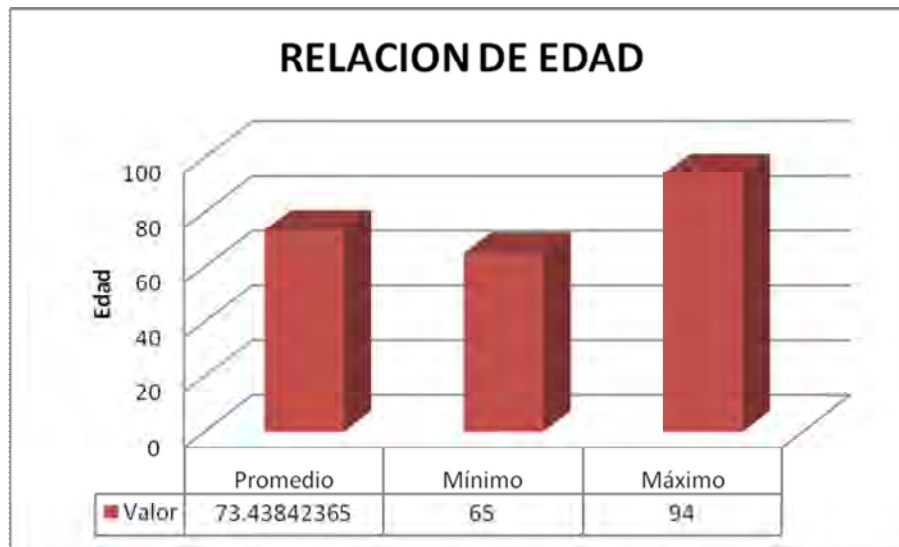
RESULTADOS.

Se estudiaron 206 pacientes adultos mayores adscritos a la UMF No. 22 del IMSS, los cuales reunieron los criterios de inclusión de este estudio de investigación.

EDAD.

En este estudio del total de 206 adultos mayores estudiados se encontro que la edad mínima fue de 65 años, la máxima de 94 años con un promedio de 73.4 (gráfica 1).

Gráfica 1.

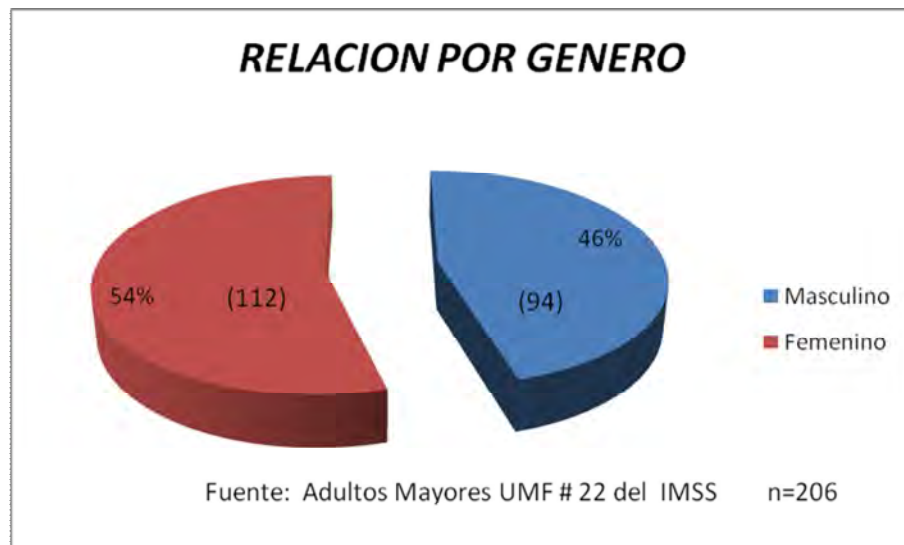


Fuente: Adultos Mayores UMF #22 IMSS
n=206

GENERO.

En relación al género 94 adultos mayores (46%) perteneció al sexo masculino y 112 (54%) al sexo femenino.

Gráfica 2.



ESCOLARIDAD.

En relación al grado de escolaridad 27 adultos mayores (13%) no tuvo ningún tipo de escolaridad pero sabe leer y escribir, 91 (44%) tuvo un nivel de primaria incompleta, 87 (42%) tuvo un nivel de primaria completa, y sólo 1 (1%) tuvo estudios superiores. (Gráficas 2 y 3).

Gráfica 3.



Fuente Adultos Mayores UMF #22 IMSS
n=206

OCUPACION.

En relación a la ocupación 17 adultos mayores (8%) no tuvo ninguna ocupación, 78 (38%) fueron jubilados, 98 (48%) se dedico al hogar, 6 (3%) fueron empleados, 1 (.5%) fueron obreros, 5 (2%) fueron comerciantes y 1 (.5%) fueron músicos. (Gráfica 4).

Gráfica 4.

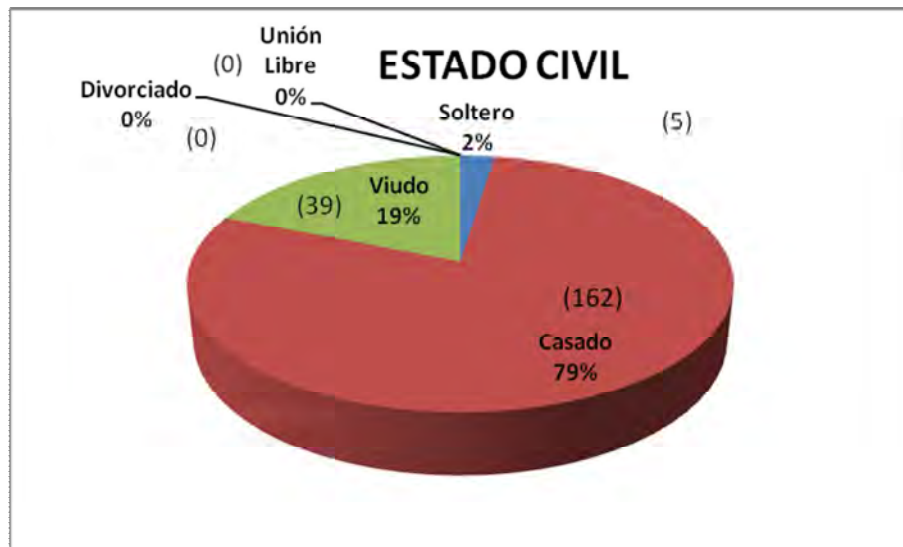


Fuente: Adultos Mayores UMF #22 IMSS
n=206

ESTADO CIVIL.

En relación al estado civil 5 adultos mayores (2%) fueron solteros, 162 (79%) fueron casados y 39 (19%) fueron viudos. (Gráfica 5).

Gráfica 5.

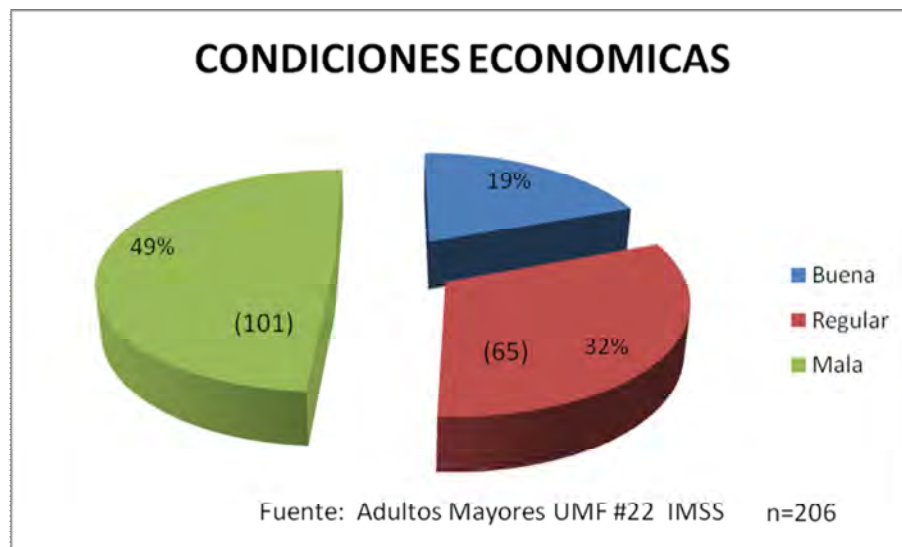


Fuente: Adultos Mayores UMF #22 IMSS
n=206

CONDICIONES ECONOMICAS.

En relación a las condiciones económicas en 40 adultos mayores (19%) fueron buenas, en 65 (32%) fueron regulares y en 101 (49%) fueron malas.

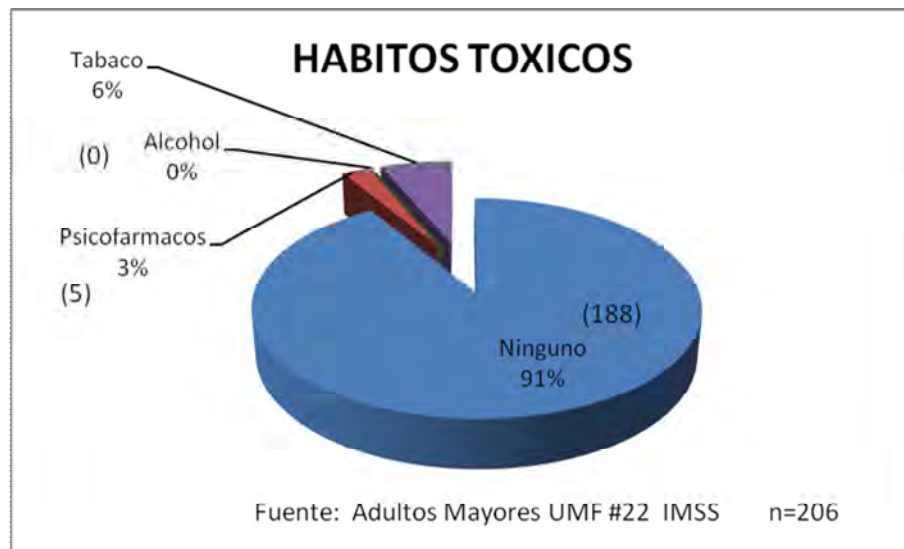
Gráfica 6.



HABITOS TOXICOS.

En relación a la dependencia de hábitos tóxicos 188 de los adultos mayores estudiados (91%) no presentaron ninguna dependencia, 13 (6%) consumía tabaco y 5 (3%) consumía algún psicofármaco (diazepam). (Gráficas 6 y 7).

Gráfica 7.



ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

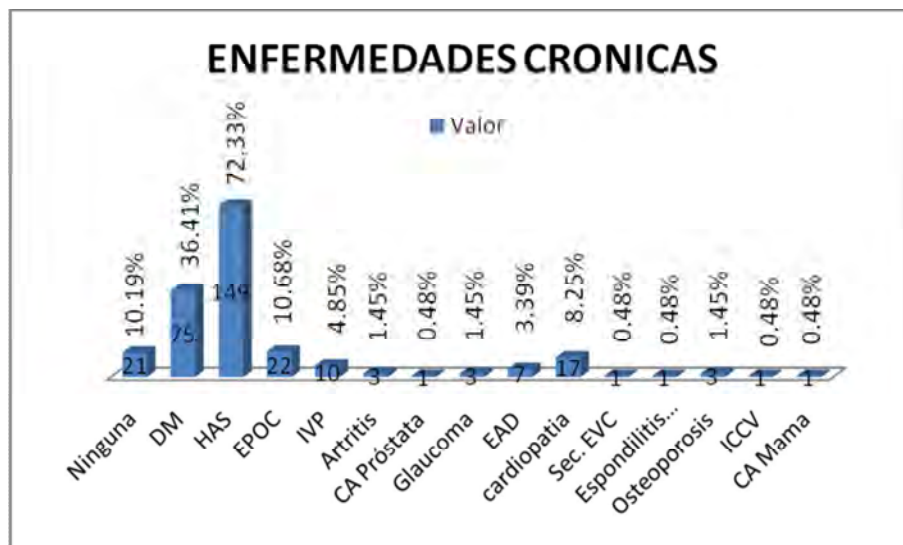
En relación a las enfermedades crónicas 21 adultos mayores (10.15) no padecía ninguna enfermedad, 75 (36.4%) tenía diabetes mellitus, 149 (72.3%) hipertensión arterial, 22 (10.6%) enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 10 (4.8%) insuficiencia venosa periférica, 3 (1.4%) artritis, a (0.4%) Cáncer de próstata, 3 (1.4%) glaucoma, 7 (3.3%) enfermedad articular degenerativa, 17 (8.2%) cardiopatía, 1 (0.4%) secuelas de evento vascular cerebral, 1 (0.4%) espondilitis anquilosante, 3 (1.4%) osteoporosis, 1 (0.4%) insuficiencia cardiaca congestivo venosa y 1 (0.4%) cáncer de mama.

En cuanto a las enfermedades crónicas se encontró que 66 adultos mayores padecían diabetes mellitus, 26 de hipertención arterial sistémica, 14 de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 10 de insuficiencia venosa periférica, 5 de enfermedad articular degenerativa y 10 de cardiopatía.

Se encontró además que de los adultos mayores que eran portadores de diabetes mellitus 61 padecían hipertensión arterial sistémica, 6 enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 2 de insuficiencia venosa periférica.

De los adultos mayores portadores de hipertensión arterial 7 padecían además de insuficiencia venosa periférica, 10 de artritis, 3 de galucoma y 9 de cardiopatía. (Gráfica 8, tablas 9 y 10).

Gráfica 8.



Fuente

: Adultos Mayores UMF #22 IMSS
n= 206

Tabla 9.

ENFERMEDADES CRONICAS

PATOLOGIAS	NUMERO DE PACIENTES
Diabetes mellitus	66
Hipertensión arterial Sistémica	26
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	14
Insuficiencia venosa periférica	10
Enfermedad articular degenerativa	5
Cardiopatía	10

Fuente: Adultos Mayores UMF No. 22

Tabla 10.

DM E HAS + COMORBIDOS

DIABETES MELLITUS	NUMERO DE PACIENTES
HIPERTENSION ARTERIAL	61
EFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA	6
INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA	2
HIPERTENSION ARTERIAL	NUMERO DE PACIENTES
INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA	7
ARTRITIS	10
GLAUCOMA	3
CARDIOPATIA	9

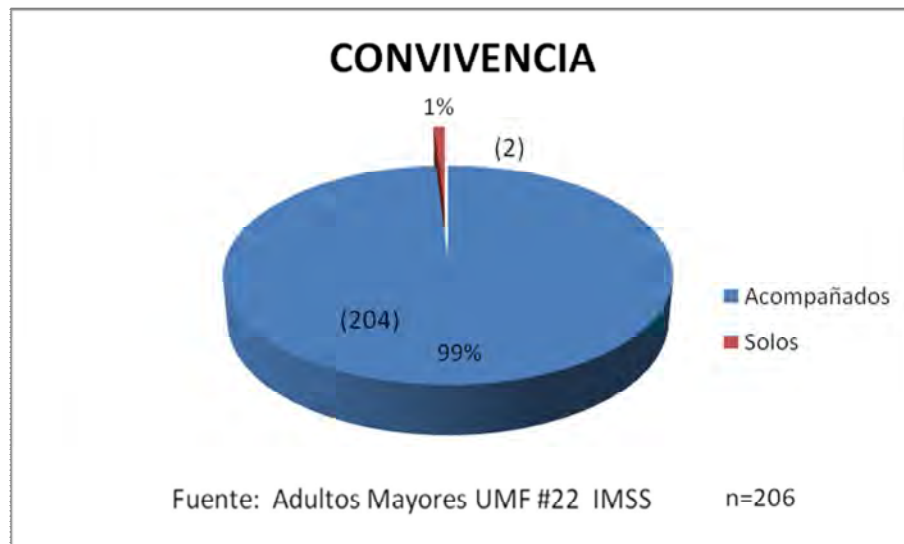
Fuente: Adultos Mayores UMF 22 IMSS

CONVIVENCIA.

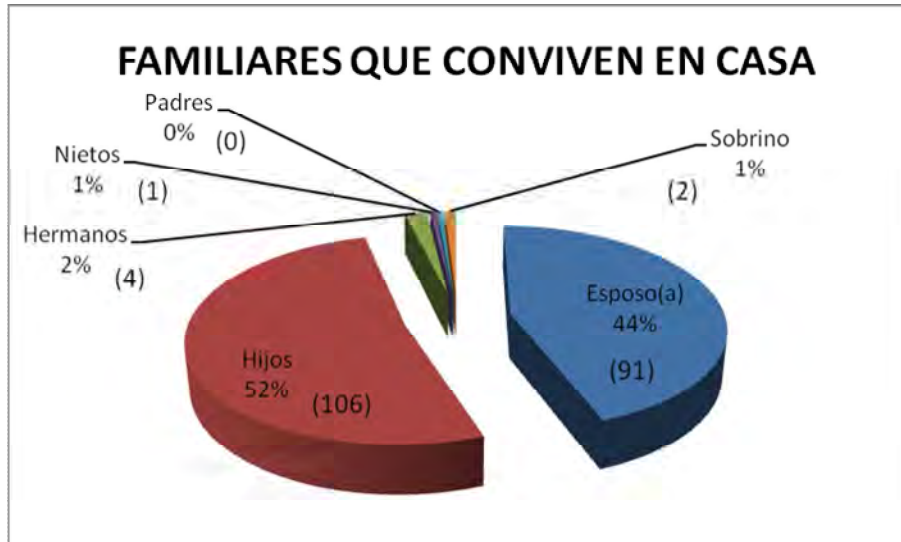
En relación a la convivencia se encontró que 204 adultos mayores (99%) vivía acompañado y sólo 2 (1%) vivía solo.

En relación a con quienes vivían los adultos mayores estudiados se encontró que 91 (44%) vivían con esposo(a), 106 (52%) con hijos, 4 (2%) con hermanos, 1 (1%) con nietos y 2 (1%) con sobrinos. (Gráficas 11 y 12).

Gráfica 11.



Gráfica 12.



Fuente: Adultos Mayores UMF #22 IMSS

n=206

AUTOSENTIMIENTO DE MALTRATO.

En relación al autosentimiento de maltrato percibido por el adulto mayor se encontró que 200 (97%) de los adultos mayores estudiados no percibió este sentimiento y 6 (3%) si lo percibió.

Gráfica 13.



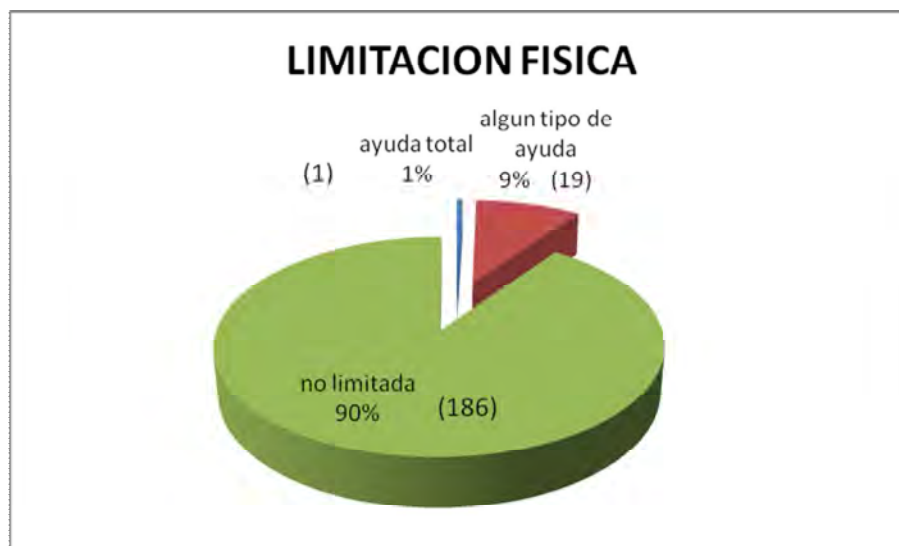
Fuente: Adultos Mayores UMF #22 IMSS
n=206

LIMITACION FISICA.

En relación a la limitación física se encontró que 186 de los adultos mayores estudiados (90%) no presentó limitación física, 19 (9%) requería algún tipo de ayuda y 1 (1%) si requería ayuda total. (Gráficas 13 y 14).

De estos resultados podemos deducir, que de los 162 adultos casados sólo 91 (56%) vivían con su conyuge. Por lo que 71 (44%) vivían con otro familiar disntinto al conyuge.

Gráfica 14.

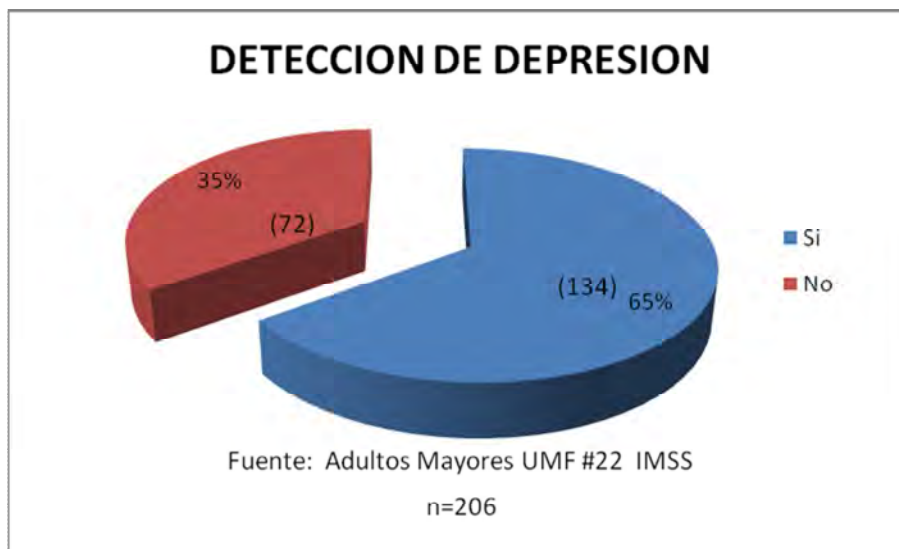


Fuente: Adultos Mayores UMF #22 IMSS
n=206

DETECCION DE DEPRESION.

En relación a la detección de la depresión por medio de la GDS en el adulto mayor se encontró que 134 (65%) de los adultos mayores estudiados presentó síntomas de depresión, mientras que 72 (35%) no presento estos síntomas.

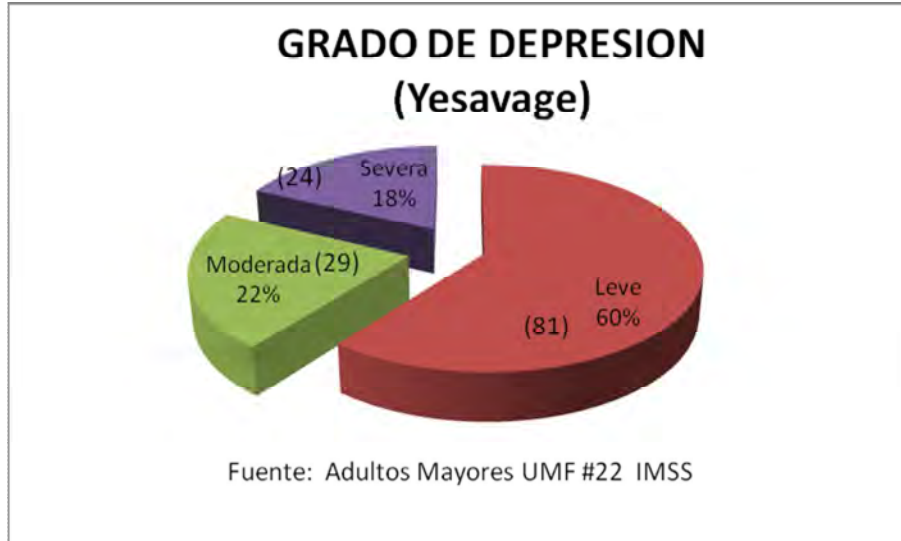
Gráfica 15.



GRADO DE DEPRESION.

En relación al grado de depresión se encontró que 81 (60%) de los adultos mayores estudiados presentó depresión leve, 29 (22%) depresión moderada y 24 (18%) depresión severa. (Gráficas 15 y 16).

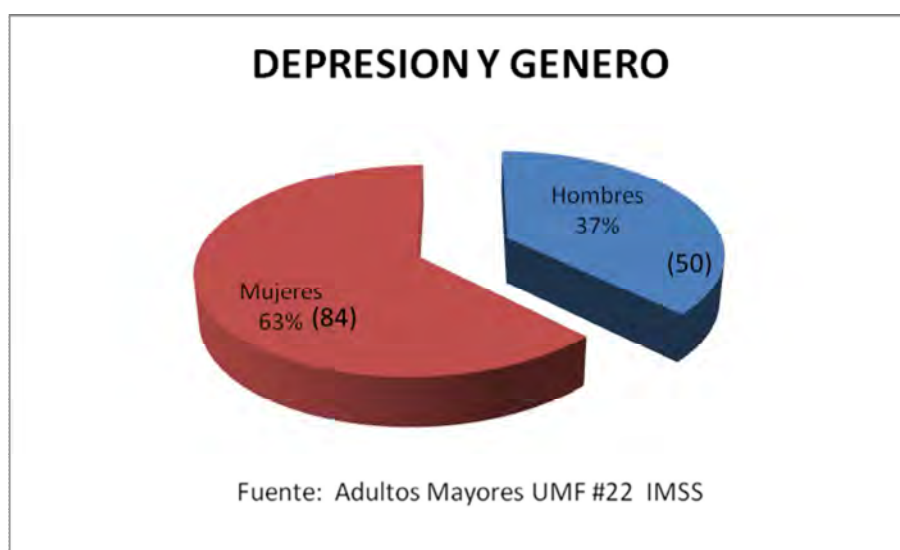
Gráfica 16.



DEPRESION Y GENERO.

En relación a la depresión y al género se encontró que 84 (63%) fueron mujeres y 50 (37%) hombres.

Gráfica 17.



GRADO DE DEPRESION Y RELACION CON EL GENERO.

En relación al grado de depresión y su relación con el género se encontró que en los hombres 30 presentaron depresión leve, 15 depresión moderada y 5 depresión severa, mientras que en las mujeres; 51 presentaron depresión leve, 14 depresión moderada y 19 depresión severa.

Tabla 18.

GRADO DE DEPRESION EN RELACION CON EL GENERO

	LEVE	MODERADA	SEVERA
HOMBRES	30	15	5
MUJERES	51	14	19

Fuente: Adultos Mayores UMF 22

GRADO DE DEPRESION POR GRUPO DE EDAD.

En relación al grado de depresión por grupo de edad, se encontró que en el grupo de edad de 65 a 69 años; 21 adultos mayores presentaron depresión leve, 8 moderada y 6 severa, en el grupo de edad de 70 a 74 años; 25 presentaron depresión leve, 11 moderada y 6 severa, en el grupo de edad de 75 a 79 años; 19 presentaron depresión leve, 5 moderada y 4 severa, y en el grupo de edad de 80 años y más; 16 presentaron depresión leve, 5 moderada y 7 severa. (Gráfica 17 y Tablas 18 y 19).

Tabla 19.

DEPRESION POR GRUPO DE EDAD

EDAD	LEVE	MODERADA	SEVERA
65-69	21	8	6
70-74	25	11	7
75-79	19	5	4
80 y +	16	5	7

Fuente: Adultos Mayores UMF No. 22

DISCUSION.

Analizando los resultados se puede decir que los adultos mayores que fueron estudiados se caracterizan por referir y presentar síntomas y signos de enfermedad depresiva, situación importante en su carácter de riesgo y consecuencia para la salud, pudiendo atentar contra la calidad de vida y la satisfacción del paciente que pertenece a este grupo de edad.

En relación al género se refiere que los trastornos depresivos en la mujer son más frecuentes que en los hombres, en este estudio se corrobora esto pues el universo de estudio estuvo conformado en su mayoría por mujeres.

En cuanto al grado de escolaridad hay que destacar que el grupo estudiado rebasa los 65 años de edad y que antes existían pocas oportunidades para el ingreso a la educación y que muchas de las veces abandonaban el papel de estudiante para convertirse en el obrero o el jornalero, para contribuir a la economía familiar.

La mayoría de los adultos mayores se dedicaban al hogar, estaban jubilados inactivos o no tenían ocupación alguna, según se describe en la gráfica correspondiente la cual muestra que el 94% de los adultos mayores estudiados no tenía una ocupación activa mientras que el 6% si la presentaba y presentaban condiciones económicas regulares y malas de vida. Esto hace pensar que al analizar lo referido en el instrumento realizado que estas condiciones y hechos son fuentes generadoras de depresión en este grupo de edad.

Existe una asociación fuerte entre jubilación y estado afectivo de insatisfacción, por las pérdidas de rol, estatus social y familiar así como la disminución del poder adquisitivo y acumulación de necesidades materiales no resueltas.

La jubilación puede vivirse como una crisis, por la reducción de intereses, delegación, restricción del círculo social, los cambios familiares, la pérdida de la pareja, los amigos, familiares, los problemas de salud, la organización y planificación del tiempo libre y la reelaboración del propio proyecto de vida.

La baja tolerancia al estrés, la estereotipia y las características socioculturales de nuestra población puede influir en el consumo de tabaco, alcohol y psicofármacos. En el presente estudio solo se encontraron adultos mayores que consumían tabaco y algún psicofármaco. Los encuestados manifestaron que la alteración del sueño los hace dependientes del psicofármaco.

Estas conductas adictivas refirieron estar asociadas a insatisfacción con su estado de salud e irritabilidad ante el abandono de metas propuestas o postergación de las mismas.

Hay estudios realizados que plantean que el insomnio crónico es una fuente de riesgo en la vejez.

Estas serían razones de peso para pensar que estos adultos mayores tienen la condición de vulnerabilidad al estrés, a los eventos enfrentados muchas veces por falta de orientación, perfil de personalidad y enfrentamiento inadecuado, buscan el equilibrio perdido en comportamientos dañinos para la salud.

La mayoría de los estudios de prevalencia confirman que las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y la diabetes son los diagnósticos más comunes y causa de discapacidad importante.

De los 162 casados 71 (44%) no vivía con su cónyuge; vivía con algún otro familiar no se investigo la causa de esta separación de la pareja, quizá esto influya en la dinámica familiar, sería interesante abrir otra línea de investigación abordando este hallazgo, probablemente nos aportaría mucha información sobre los elementos básicos de la familia y su función.

Los problemas de salud más citados en pacientes deprimidos son la diabetes, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, las artropatías y las broncopulmonares, se citan también las limitaciones físicas, se encuentra una alta incidencia de lo mencionado anteriormente en los antecedentes personales de salud y en la entrevista (instrumento practicado) en donde refirieron malestar y sufrimiento psicológico debido a ello.

Actualmente la familia sigue jugando un papel muy importante en el soporte y apoyo en los adultos mayores. Así pues el medio

ambiente familiar tiene suma importancia en los pacientes deprimidos.

La percepción de maltrato en este estudio estuvo presente en un muy bajo porcentaje y esta percepción esta asociada a la pérdida de status dentro de la familia.

La prevalencia de discapacidad incrementa progresivamente con la edad, aunque la mayor parte de nuestros ancianos son independientes y activos.

Una afección crónica no implica necesariamente la invalidez, como podemos observar en este estudio, la mayoría de los adultos mayores no están limitados a pesar de presentar enfermedades crónicas como enfermedades articulares, hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes mellitus entre otras.

Los resultados de prevelencia de la discapacidad coincide con lo reportado en la literatura en la cual se plantea que con la acumulación de los años varia la forma y el funcionamiento humano, independientemente de la salud, por lo que las funciones fisiológicas se afectan con el proceso de envejecimiento, la mayoría de los adultos mayores no presentan alteraciones que influyen marcadamente en su funcionamiento intelectual y social antes de los 80 años.

La depresión más encontrada es la leve, como se reporta en la literatura, es la más frecuente y presente en la atención primaria de salud. Alrededor de los 65 años se plantea que el 50% de los individuos presenten alguna alteración psíquica en la que predominan la ansiedad y la depresión. Situación encontrada en este estudio ya que corresponde con la edad y el promedio de pacientes estudiados.

El sexo en el cual predominó con mayor frecuencia la depresión fue el femenino.

CONCLUSIONES.

1. En estudios revisados se refleja la depresión con mayor frecuencia en adultos mayores del sexo femenino, con bajos recursos económicos, malas condiciones cohabitacionales, bajo nivel cultural y de instrucción y en poblaciones rurales, resultados que coinciden con este estudio y las características sociodemográficas de este grupo de estudio.
2. Se han encontrado manifestaciones somáticas e hipocondrías, dolores persistentes, abuso de drogas, situaciones que hacen pensar que las manifestaciones encubiertas y enmascaradas de la depresión, que son frecuentes en el adulto y hablan a favor del riesgo de padecer depresión. Aunque en esta investigación la farmacodependencia se encontró en un muy bajo porcentaje (3%).
3. Respecto a la situación económica en muchos de los adultos mayores el aporte de su jubilación es su única fuente de ingreso o dependen de la ayuda de familiares para cubrir algunas necesidades. En nuestro estudio se encontró que las condiciones económicas en la mayoría de los adultos estudiados eran regulares, seguidas de malas condiciones debido a que la mayor parte eran jubilados o se dedicaban al hogar cuyo ingreso era el producto de la jubilación o el aporte de otros miembros de la familia como ayuda para cubrir las necesidades básicas.
4. La necesidad de adaptarse a las nuevas condiciones de vida pone en juego mecanismos de defensa que pueden fallar en la percepción de apoyo considerada fundamentalmente por la carencia de amigos y familiares y que se relaciona con la depresión, debe tenerse en cuenta el descontento y malestar referidos por el paciente dentro del núcleo familiar. En nuestro estudio se encontró que 71 pacientes no vivían con su cónyuge y que aunque tenían redes de apoyo familiar no son las ideales como para que ellos perciban un ambiente óptimo en el cual el adulto mayor pueda vivir sin depresión.
5. Dado que la depresión en el adulto mayor es un problema de salud pública, es el trastorno afectivo más frecuente en el

anciano y una de principales causas de consulta médica, en el primer nivel de atención se debe hacer el diagnóstico y el análisis de la situación del adulto mayor para conocer su estado de salud, prevenir el riesgo de caer en esta patología y poderle brindar una mejor calidad de vida.

6. Fomentar mejoras en la atención de los integrantes del equipo multidisciplinario de atención a la tercera edad.

7. Desarrollar actividades físicas y recreativas en función de las demandas del adulto mayor, formando grupos de apoyo que les permita mantenerse activos y continuar su círculo social, tratando de conseguir que se sienta cómodo en ambiente en que se encuentra, que mantenga un estado de satisfacción personal y en donde se refuerce la importancia que como persona tiene dentro de la sociedad.

8. Juntos gobierno municipal, DIF y las instituciones de salud habilitar algunos de los locales existentes en la comunidad, que sus estructuras sean adecuadas para la casa del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Escozar SC. De los Cuidados Paliativos al Acompañamiento Terapéutico en el Paciente Geriátrico "Por una Medicina Humanizada". Xalapa, Veracruz. 2003.1-9.
- 2.- Vázquez C y Lozaya G. Evaluación y Diagnóstico Diferencial de los Trastornos Depresivos en las Personas de Edad. Envejecimiento y Psicología de la Salud, J. Buendía (ed.), Madrid Siglo XXI.1994:247-278.
- 3.- Dorantes MG, Ávila FJ, Mejía AS, Gutiérrez RL. Factores Asociados con la Dependencia Funcional en los Adultos Mayores: Un Análisis Secundario del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. Revista Panamericana de Salud Pública. Jul. 22.2007:1-11.
- 4.- Ávila FJ, Melano CE, Payette H, Amieva H. Síntomas Depresivos como Factor de Riesgo de Dependencia en Adultos Mayores. Salud Pública de México.2007; 49(5):367-375.
- 5.- Abellán VK, Abizanda SP, Alastuey JC, Albo PA, Alfaro AA, Alonso AM. Tratado de Geriatria para Residentes 1ra ed. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2007.
- 6.- Agüera OL, Alarcón AT, Antequera JR, Arranz MB, Barcena AA, Bueno AY. Psiquiatria Geriátrica 1ra ed. Masson S.A. 2002.
- 7.- Aguilar NS, Ávila FJ. La Depresión: Particularidades clínicas y Consecuencias en el Adulto Mayor. Gaceta Médica de México. 2007; 143:141-148.
- 8.- Reyes FS. El Reto de la Salud en los Ancianos de México. 1ra ed. Periodismo, Ciencia y Tecnología; 2000.1-3
- 9.- Vilalta FJ. Epidemiología de la Depresión en el Anciano. Hospital Psiquiátrico. Sat Girona.2002; 167:1-16.
- 10.- Torrens AM. Depresión Geriátrica: Diagnóstico y Tratamiento. Psiquiatria Fac Med Barna.2001; 28:239-246.
- 11.- Valenzuela A, Marco J, López A, García MC, Valerio M, Franco MA, et al. Depresión en el Anciano.2005.1-3

- 12.- Kurlowicz L. La Escala de Depresión Geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés). The Hartford Institute for Geriatric Nursing.2007 Agosto 01; 16 (8):1-2.
13. - Cabañeros MM, Cabrero GJ, Richart MM, Muñoz MC, Reig FA. Revisión Estructurada de las Escalas de Depresión en Personas Mayores. International Journal Clinical Health Psychology. 2007; 7:823-846.
- 14.-Hoyl MT, Valenzuela AE, Marín L. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad como instrumento de tamizaje de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev. Med. Chile. 2000; 128:1199-1204.
- 15.- Tapia MM, Morales HJ, Cruz OR, De la Rosa MV. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. Rev. Enf. IMSS.2000; 8:87-90.
- 16.- Hernández c, Pardo M, Flores ME, García T. Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. Rev. Psiquiatría Fac Med Barna. 2001; 28:69-74.
- 17.- Lisigurski TM, Varela PC, Ortiz SP. Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores. Rev. de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2002; 15:1-7
- 18.- Rodríguez LM, Méndez DN. Prevalencia de depresión en adultos mayores del sureste de Veracruz. Vigilancia Epidemiológica. 2003; 20:1-3.
- 19.- Martínez MJ, Martínez OV, Esquivel MC, Velazco RV. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2007; 45:21-28.
- 20.- Hernández N, Carrasco GM. Prevalencia de depresión en ancianos ingresados al hospital de día de geriatría. La Habana, Cuba. 2005. 1-8.
- 21.- Márquez CE, Soriano SS, García HA, Falcón GM. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Aten Primaria. 2005; 35:345.

- 22.- García FR. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. La Habana, Cuba. 2006.1-4.
- 23.- Castro LM, Ramírez ZS, Aguilar ML, Díaz AV. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. Rev. Neuro Psiquiat. 2006; 39:132-137.
- 24.- Pérez MV, Arcia CN. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Rev. Cubana Med. Gen Integr. 2008; 24:1-17.

CRONOGRAMA

DETECCION DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR EN LA
UMF No 22.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Julio- dic. 2008	Enero- jun. 2009	Julio- sept. 2009	Oct- dic. 2009	Enero 2010	Febrero 2010	Marzo 2010	Abril 2010	Mayo 2010
Rev. Bibliográfica	X	X							
Elaboración de ante proyecto		X							
Correcciones del proyecto		X	X						
Presentación Comité de Ética del IMSS		X	X						
Realización de encuestas				X					
Recolección de información					X	X			
Obtención de resultados					X	X			
Procesamiento de datos						X	X		
Descripción							X	X	X
Análisis estadístico							X	X	X
Conclusiones							X	X	X
Corrección del estilo							X	X	X

DETECCIÓN DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA Y EPIDEMIOLOGICA.

ATOTONILCO EL ALTO, JALISCO. A _____ 2009.

Por medio de la presente estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación titulado **DETECCION DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF No. 22**

El objetivo del estudio es: Identificar la frecuencia de depresión en el adulto mayor.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar 1 cuestionario para determinar e identificar la depresión. Así como proporcionar algunos datos sociodemográficos.

El investigador principal se ha comprometido a contestar cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del instrumento aplicado, así mismo me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque ésta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Se me ha comunicado que en caso de que se detecte depresión se hará de mi conocimiento y decidiré si permito se envíe la información al Médico Familiar que me corresponda para que se realicen las acciones adecuadas.

Nombre y firma del paciente.

Testigo

Testigo

INVESTIGADOR

Dra. María Elba Bravo Camacho

Matricula 11634464

DGP 2772872

Teléfono 01 391 91 7 05 10 disponible las 24 horas para aclaraciones.

RESPONSABLE

Dra. Luz Elena Chávez Arana.

**INSTRUMENTO
DETECCION DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF 22.**

DATOS DE IDENTIFICACION.

REGISTRO

FECHA

NOMBRE	
NUMERO DE AFILIACION	
EDAD	
SEXO	
ESCOLARIDAD	
OCUPACION	
ESTADO CIVIL	
RELIGION	

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas y señale en el recuadro la respuesta que considere mas apropiada. En caso de contestar Si, especifique a continuación (cantidad, frecuencia, tipo, etc.)

PREGUNTAS	SI	NO	ESPECIFIQUE
Percibe algún salario?			
Ingiera alcohol?			
Toma algún medicamento?			
Fuma usted?			
Padece alguna enfermedad?			
Vive solo?			
Se siente maltratado?			
Necesita ayuda para (comer, vestirse, bañarse, Usar el baño, desplazarse)			

Instrucciones: Lea cuidadosamente y señale en el recuadro la respuesta SI o NO según como se sintió usted la semana pasada.

1. Está usted satisfecho con su vida?	SI	NO
2. Ha renunciado a muchas de sus actividades?	SI	NO
3. Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
5. Tiene a menudo buen ánimo?	SI	NO
6. Teme que algo malo le pase?	SI	NO
7. Se siente feliz muchas veces?	SI	NO
8. Se siente a menudo abandonado?	SI	NO
9. Prefiere quedarse en casa a salir?	SI	NO
10. Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11. Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
12. Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	SI	NO
13. Se siente lleno de energía?	SI	NO
14. Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
15. Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACION!



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1306

FECHA 30/09/2009

Estimado Luz Elena Chávez Arana

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

DETECCION DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF NO. 22

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **AUTORIZADO**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2009-1306-27

Atentamente

Dr(a). María Guadalupe Bravo Vigil
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 1306



H. G. R. No. 46
DIRECCION

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL