



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS**

TESIS

**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A EVENTOS CRÍTICOS
FAMILIARES, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚM. 63 DEL IMSS.**

DRA.CLAUDIA ADRIANA ESPINOSA GUTIERREZ

QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO FAMILIAR

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO 2016



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.



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1503
H GRAL ZONA NUM 58, MÉXICO PONIENTE, ESTADO DE

FECHA 09/09/2013

DRA. CLAUDIA ADRIANA ESPINOSA GUTIERREZ

P R E S E N T E

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

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A EVENTOS CRÍTICOS FAMILIARES, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚM. 63 DEL IMSS

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-1503-13

ATENTAMENTE

DR. (A). ULISES JUÁREZ GARCÍA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1503

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADO A EVENTOS CRITICOS
FAMILIARES, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM 63 DEL IMSS.**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.**



Dra. Claudia Adriana Espinosa Gutierrez

Alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar
para Médicos Generales IMSS

AUTORIZACIONES




Dra. Rosa María Piña Nava.

Coordinadora Auxiliar de Educación en Salud
Estado de México Poniente.



Dra. Rocío Bautista de Anda.

Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud de la
Unidad de Medicina Familiar No. 58



Dra. María Guadalupe Leal Mosqueda.

Asesor

Médico Especialista en Medicina Familiar

**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A EVENTOS
CRÍTICOS FAMILIARES, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NÚM. 63 DEL IMSS**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. CLAUDIA ADRIANA ESPIÑOSA GUTIÉRREZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A EVENTOS CRÍTICOS FAMILIARES, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚM. 63 DEL IMSS

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

I. Antecedentes científicos	7
II. Planteamiento del problema.....	10
III. Objetivos:.....	11
IV. Justificación.....	12
V. Sujetos, Material y Métodos.....	13
1. Características del lugar donde se realizará el estudio.....	16
2. Diseño.....	16
- Tipo de estudio.....	16
- Grupos de estudio.....	16
- Tamaño de la muestra.....	18
- Definición de las variables.....	18
- Descripción general del estudio.....	21
- Análisis de datos.....	21
- Discusión	28
- Conclusión	29
VI. Factibilidad y aspectos éticos.....	29
VII. Referencias Bibliográficas.....	31
VIII. Anexos.....	33

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

A lo largo de la historia se ha asociado la vejez y la depresión de diferentes maneras. A tal punto que se consideraban los síntomas clásicos de depresión como consecuencia inevitable de envejecimiento e incluso planteaban que cuando la melancolía se hacía crónica derivaba en una demencia.¹

La depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica, los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública, ya que, entre otros factores, aumenta con la edad. Los trastornos del estado de ánimo y fundamentalmente la depresión tienen una elevada prevalencia en base a su alta incidencia, recurrencia aumentada y tendencia a la cronicidad, conllevan a una alta morbilidad tanto directa como indirecta “comorbilidad con otros procesos”.²

Se han encontrado algunos factores de riesgo como lo son: género femenino, bajo nivel educativo y económico, el estado civil (ser soltero o divorciado), la existencia de acontecimientos vitales nuevos que resulten estresantes y carencia de apoyos sociales capaces de amortiguarlos entre otros.

El episodio depresivo que se presenta en pacientes geriátricos puede ser la recurrencia de un trastorno depresivo de inicio temprano, es decir, antes de los 60-65 años o aparecer por primera vez durante esta edad. Estos episodios se caracterizan a una serie de factores biológicos y socioculturales, unos establecidos de forma clara y otros comprendidos de manera incompleta.³

Los episodios depresivos en pacientes geriátricos deterioran en forma ostensible, el funcionamiento social, menoscaba en gran modo la calidad de la vida, ensombrece notablemente el pronóstico de algunos problemas médicos como enfermedades cardíacas y neurológicas.

En los últimos años se ha incrementado de forma alarmante la presentación de los cuadros depresivos, problema médico severo que hace sufrir notoriamente al enfermo y a sus familiares, perturba las relaciones interpersonales y disminuye la productividad de la persona que esta afectada. En casos severos este trastorno afectivo puede llevar al paciente hasta el suicidio.⁴

En la actualidad 340 millones de personas sufren depresión en el mundo (se calcula que entre el 2 y el 4 % de la población general padece este tipo de trastorno). A escala mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta 2 veces más alta en las mujeres que en los hombres. La OMS sitúa la incidencia de la depresión (clínicamente diagnosticable) entre la población de los países más desarrollados en un 15 %.⁵

Con el aumento de los adultos mayores en el mundo se espera una mayor incidencia de múltiples enfermedades crónicas, entre 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.⁶

Actualmente, en México, hay muy pocos estudios científicos publicados sobre la depresión, y menos aún sobre la depresión en adultos mayores.

En el importante estudio de Wagner et al. (1999), vemos que la prevalencia de suicidio es más alta entre hombres de 75 años de edad o más, y entre jóvenes de entre 15 y 19 años; la prevalencia de depresión mayor es más alta en hombres que en mujeres (4.4/0.8). Lo más problemático es que son muy pocas las personas con depresión que entran en tratamiento.

El ánimo depresivo no forma parte del envejecimiento normal y su presencia suele subestimarse. Si bien la prevalencia de la depresión en el adulto mayor se calcula entre 1 y 3%.⁷

Los síntomas depresivos, tienen un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del adulto mayor. Se ha demostrado que los adultos mayores que viven en la comunidad afectados por este problema tienen mayor discapacidad física y social.

Las consecuencias de los síntomas depresivos sobre las capacidades físicas pueden ser similares o incluso más importantes que las de muchas enfermedades crónicas, lo cual es más evidente cuando se conjugan con otras afecciones, como la demencia, o con una pobre red social, escasa autosatisfacción o sentimientos de soledad.⁸

El envejecimiento de la población **no tiene precedentes**, es un proceso sin parangón en la historia de la humanidad. La población envejece cuando aumenta la proporción de personas de la tercera edad (es decir, los mayores de 60 años o más), se acompaña de reducciones en la proporción de niños (personas menores de 15 años) y por la disminución en la proporción de personas en edad de trabajar (15 a 59). A nivel mundial, el número de personas de la tercera edad se espera que supere el número de niños por primera vez en 2045. En las regiones más desarrolladas, donde el envejecimiento de la población está muy avanzado, el número de niños cayó por debajo de la de las personas de la tercera edad en 1998.

El envejecimiento de la población es **generalizado**, ya que afecta a casi todos los países del mundo. El resultado del envejecimiento de la población, principalmente por la reducción de la fecundidad, se ha convertido en prácticamente universal. La desaceleración resultante en el crecimiento del número de niños junto con el aumento constante del número de personas mayores tiene una directa influencia en la justicia, tanto intergeneracional como intrageneracional y la solidaridad, que son los cimientos de la sociedad.

El envejecimiento de la población es **profundo** y tiene importantes consecuencias y repercusiones para todas las facetas de la vida humana. En el ámbito económico, el envejecimiento de la población tendrá un impacto en el crecimiento económico, el

ahorro, la inversión, el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, los impuestos y las transferencias intergeneracionales. En el ámbito social, el envejecimiento de la población influye en la composición familiar y vital, la demanda de vivienda, las tendencias de la migración, la epidemiología y la necesidad de servicios de salud. En lo político, el envejecimiento de la población puede alterar los patrones de voto y la representación política.⁹

El envejecimiento de la población es **permanente**. Desde 1950, la proporción de personas mayores ha aumentado constantemente, pasando del 8% en 1950 al 11% en 2009, y se espera que alcance el 22% en 2050. Mientras la mortalidad en la vejez siga disminuyendo y la fertilidad siga siendo baja, la proporción de personas de la tercera edad seguirá aumentando.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión se puede definir como un estado de ánimo triste, decaído en la mayor parte del día, con notable disminución de la sensación de placer o de interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas.

Se ha mencionado como el trastorno afectivo, que mas frecuentemente se presenta en la población adulta por su magnitud, se caracteriza como un problema de salud pública.

Las personas deprimidas de edad avanzada tienen mas posibilidades que las jóvenes de presentar sintomatología psicótica (ideas delirantes de tipo culpabilidad, nihilismo, persecución, celos y melancolía. Así mismo, los sentimientos de culpa, la ideación suicida y el suicidio pueden vincularse a la depresión geriátrica en mayor medida.

La depresión en los adultos mayores, muestra en muchos casos, características especiales y en ocasiones, resulta muy difícil establecer el tipo de depresión que presentan. Es habitual que estén mas interesados por la evolución de sus síntomas físicos frecuentes, que por su tristeza o melancolía. Y originar sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad o bajo nivel de satisfacción. Junto a ellos, falta de objetivos vitales, aumento de la autopercepción de enfermedad y ansiedad ante la muerte, la existencia de enfermedades crónicas o el fallecimiento del cónyuge.

Los factores que favorecen la aparición de cuadros o síntomas depresivos y que pueden dar lugar a un aumento en la prevalencia de este proceso. Sentimientos de abandono en la residencia, dificultades económicas o limitación de la posibilidad de uso del dinero, aislamiento o alejamiento de la red sociofamiliar habitual, cambios significativos en el estilo de vida con incremento del grado de estrés, adaptación a un reglamento y normas que pueden condicionar intimidad y autonomía; por este motivo surge la siguiente pregunta de investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación entre la Depresión en el Adulto Mayor y los Eventos Críticos Familiares, en la Unidad de Medicina Familiar No. 63 del IMSS?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la asociación entre la Depresión en el Adulto Mayor y los Eventos Críticos Familiares, en la Unidad de Medicina Familiar No. 63 del IMSS.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la frecuencia de depresión en el adulto mayor, en la Unidad de Medicina Familiar No. 63 del IMSS.
2. Identificar el grado de depresión en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 63 del IMSS.
3. Identificar la funcionalidad familiar de acuerdo a los eventos críticos familiares existentes en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 63 del IMSS.
4. Identificar la asociación entre la Depresión en el Adulto Mayor y los Eventos Críticos Familiares, en la Unidad de Medicina Familiar No. 63 del IMSS.
5. Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 63 del IMSS.

JUSTIFICACIÓN

La creciente producción de estudios que abordan el envejecimiento de la población desde diversas disciplinas y perspectivas tiene como trasfondo la aparición de un fenómeno demográfico jamás experimentado en México, tendiente a predominar en todas las sociedades del mundo y con un notable impacto en prácticamente todas las dimensiones de la organización social.

El impulso demográfico que nos empuja hacia el envejecimiento es inevitable y, por lo pronto, irreversible, pues no se tiene noticia de sociedades plenamente envejecidas que experimenten atisbos de rejuvenecimiento en la población.

Los individuos y sus núcleos domésticos deben contar con la garantía de respaldo institucional. A su vez, el Estado, garante del bienestar de la población, no puede desplazar esta responsabilidad en la sociedad, bajo el supuesto de que dichas redes existen y funcionan eficazmente bajo cualquier circunstancia, pero tampoco tiene la capacidad para sustituir los aportes específicos afecto, cuidado, convivencia, de un entorno familiar.

La ganancia en la esperanza de vida cristaliza los esfuerzos realizados desde diversos ámbitos para distribuir los beneficios del desarrollo entre la población. Corresponde al momento actual garantizar las condiciones para que dicho incremento sea efectivamente una ganancia, en términos de una vida vivida con calidad y dignidad hasta el último momento.

En esta población etaria, la depresión es confundida a menudo como una reacción a la adversidad, sin embargo, la adversidad no es necesaria ni suficiente para inducir depresión y mucho menos, predice la respuesta al tratamiento.

Por lo que con frecuencia la depresión en el anciano no es detectada, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad. Otro motivo por el cual pasa desapercibida la depresión en los ancianos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología.

En vista de la frecuencia relativamente alta del síndrome depresivo del adulto mayor en la consulta externa en medicina familiar; al no contar con estudios en nuestro medio y siendo creciente dicha población, decidimos realizar el presente trabajo para evaluar la (prevalencia) de depresión asociada a eventos críticos.

HIPOTESIS

Si los Eventos Críticos Familiares condicionan la depresión; entonces los pacientes adultos mayores con disfunciones familiares asociadas a eventos críticos tienden a padecer de esta enfermedad con más frecuencia que los que no tienen una disfunción por crisis.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO:

El municipio de Nicolás Romero está ubicado en la región noreste del Estado de México, la cabecera municipal llamada ciudad Nicolás Romero se encuentra a 58km de la ciudad de Toluca, que es la capital del Estado de México, limita al norte con villa del carbón y Tepotzotlán, al sur con Atizapán de Zaragoza e Isidro Fabela; al este con Cuautitlán Izcalli, al oeste con Jiquipilco y Temoaya.

El municipio tiene una superficie de 233.51 km que representa el 1.04% de la superficie del Estado de México; está formado por el conjunto montañoso conocido como Sierra del Monte Alto, la altitud media sobre el nivel del mar es 2.370m.

Pertenece a la vertiente del Golfo de México de la cuenca del río Moctezuma y se encuentra dividido en 3 subcuencas El Salto, Cuahutitlán y Tepotztlan, cuenta con 2 presas y colinda parcialmente con el Lago de Guadalupe, los arroyos tributarios al lago son San Pedro, Chiquito, Grande y Xinte.

Se ubica en la clasificación climática catalogada como templado semihúmedo, con temperaturas medias de 16 grados y con máximas de 30 grados, mínimas de 7 grados.

En los últimos años se ha incrementado la floricultura y se localizan pequeñas huertas familiares de árboles frutales como: manzana, durazno, tejocote, capulín, chabacano, pera, la producción es pequeña y se comercializa localmente.

La fauna es. Liebre, conejo, ardilla, tejón, tlacuache, armadillo y algunas variedades de serpiente.

La vocación del suelo es agrícola y forestal, sin embargo se localizan algunas minas de arena, grava y piedra.

Existen grupos étnicos diseminados como. Hñahñus, triquis y zapoteca que hablan alguna lengua indígena las cuales representan el 1.42% del total de la población del municipio.

La religión predominante es la católica en un 95%, le sigue en número de adeptos la Evangélica y el judaísmo.

Según el censo de población y vivienda 1995 del INEGI en el municipio de Nicolás Romero viven 237,064 habitantes.

La distribución de los servicios es la siguiente:

SERVICIO	COBERTURA %
ALUMBRADO PUBLICO	60%
RECOLECCION DE BASURA Y LIMPIEZA	80%
PAVIMENTACION	70%
RASTROS (SOLO UNO)	80%
AGUA	87%
MANTENIMIENTO DE DRENAJE	40%
SEGURIDAD PUBLICA	50%
ENERGIA ELECTRICA	98%
MERCADOS Y ABASTOS	85%
SERVICIOS CULTURALES	10%
DRENAJE	89%

El municipio cuenta con 89.40 km de carreteras de los que 56.8 están pavimentadas y 32.6 solamente revestidas.

Población económicamente activa por sector:

SECTOR	HABITANTES
PRIMARIO (AGRICULTURA, GANADERIA, CAZA Y PESCA)	2,366
SECUNDARIO (MINERIA, PETROLEO, INDUSTRIA MANUFACTURERA, CONTRUCCION Y ELECTRICIDAD)	26,217
TERCIARIO (COMERCIO, TURISMO Y SERVICIOS)	21,930

Principales Localidades

Cuatro Pueblos Fabriles:

El Progreso industrial, ubicado a 6 km de la cabecera municipal; aquí funcionó la fábrica de papel más grande de México, la actividad económica es el comercio.

Barrón que nace alrededor del auge textil iniciando en 1847 ubicado a 4km. De la cabecera municipal, el comercio es su principal actividad.

La Colmena; el origen de este poblado idéntico al anterior, funciona una fábrica de cartón corrugado.

San Ildefonso, nace en 1847 es la única industria del siglo pasado que sigue funcionando.

Tres Pueblos Coloniales:

Transfiguración: poblado rural dedicado a actividades agropecuarias con poca actividad comercial.

San José el Vidrio: también se puede considerar poblado rural, con actividad agropecuaria y alto índice de comercios.

San Juan de las Tablas: eminentemente agrícola y con riqueza forestal.

Tres Pueblos Prehispánicos:

Cahuacán, Trillán San Miguel Hila y San Francisco Magú.

La Unidad Medica Familiar núm. 63 pertenece a la delegación medico poniente del IMSS ubicada en la calle de Jaime Nuno sin núm. Colonia San Idefonso, municipio Nicolás Romero, Estado de México, CP 54457, Teléfono 58231900. Actualmente tiene una población adscrita de 142,740 derechohabientes.

Cuenta con Área de Urgencias en la cual cuenta con 5 cubículos adultos y 5 cubículos pediatría y área de choque, 2 cubículos de curaciones menores, 23 consultorios de Medicina Familiar, 2 consultorios de Estomatología, 2 consultorios para Medicina del Trabajo, 2 consultorios para Enfermera Materno-Infantil, 5 consultorios de Medicina Preventiva, Trabajo social, Laboratorio, Rayos X, Farmacia, y un Auditorio.

Zonas de Influencia de la Unidad

San Isidro, Granjas Valle de Guadalupe, Benito Juárez Barrón, Loma de la Cruz, La Colmena, Jiménez Cantú, Libertad, San Miguel Hila, Independencia, Transfiguración.¹⁰

DISEÑO DEL ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

Observacional: Se presencian los fenómenos sin modificar intencionadamente las variables.

Prospectivo: es un estudio longitudinal en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo, en el futuro.

Entre los meses de noviembre 2013 y febrero de 2014 se evaluó a los pacientes derechohabientes de 60 años o más que acudieron a solicitar consulta por cualquier causa a la UMF 63.

Transversal: Se desarrolló en un "momento" concreto del tiempo. No se hizo seguimiento, las variables de los resultados fueron medidas una sola vez, no se evaluó la evolución de las variables.

Descriptivo: fue un tipo de metodología aplicada para deducir un bien o circunstancia que se presentó; se aplicó describiendo todas sus dimensiones, en este caso se describió el órgano u objeto a estudiar; se centró en recolectar datos que describieron la situación tal y como es.

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Todos los pacientes derechohabientes de 60 años o más que acudieron por cualquier causa a solicitar atención médica a la UMF63 en el periodo del 01 Noviembre de 2013 al 28 de febrero de 2014.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

A) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes derechohabientes de 60 años o más, de ambos sexos, adscritos a la UMF No. 63 del IMSS, que acudieron a consulta sin importar padecimiento actual y que se encuentren vigentes.

B) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes derechohabientes menores de 60 años de edad.
- Pacientes que estuvieron dados de baja en la UMF No. 63.
- Pacientes que no eran derechohabientes del IMSS.
- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio o no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos o neurológicos previamente conocidos.

C) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Derechohabientes mayores de 60 años que no cursaron con cuadro de depresión al evaluarlos con el instrumento a aplicado.
- Pacientes que perdieron vigencia en el periodo.
- Pacientes que realizaron cambio de consultorio o turno durante el periodo del estudio.

MUESTRA

Tipo de muestreo: Se utilizó un método no probabilístico por conveniencia.

En todas las formas de investigación, sería ideal generalizar los resultados a la totalidad de la población, pero en la mayoría de los casos, la población es demasiado grande y resulta imposible incluir cada individuo. Esta es la razón por la cual el muestreo de conveniencia es la más común, esta técnica es rápida, barata, fácil y los sujetos están disponibles.

Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra se calculó tomando en cuenta una población de **21491** adultos mayores, con un error de estimación del 5% (0.05), con un intervalo de confianza del 95% y utilizando la siguiente ecuación matemática:

$$n = \frac{N}{1 + N d^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

N = universo (total de la población)

d = error de estimación

Tomando en cuenta lo anterior, el tamaño de la muestra fue de **392**

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

DEPRESIÓN

Definición conceptual: Se define como trastorno psicológico a la presencia de un comportamiento que sobrepasa el límite de la normalidad con un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, y en la mayoría de los casos se acompaña de malestar indefinido que interfiere en la actividad del individuo.

Definición operacional: Se obtendrá un resultado que indicará si el paciente encuestado tiene depresión, por medio de la aplicación de la Escala de depresión geriátrica Yesavage, que mide el grado de depresión en el momento en que se realiza, y es una de las escalas más utilizadas para la medición global de la depresión en el adulto mayor.

Escala de Medición:

1. Un puntaje < 5 puntos sin depresión.
2. Un puntaje > 5 puntos depresión leve.
3. Un puntaje ≥ 10 depresión moderada.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Todos los participantes contestaron un cuestionario de salud que incluyó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (anexo 1).

EVENTO CRÍTICO FAMILIAR O CRISIS

Definición conceptual: Se define como evento crítico familiar o crisis a cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Definición operacional: Se utilizó la escala de Thomas Holmes es una lista de 43 acontecimientos estresantes en la vida que pueden contribuir a que las personas desarrollen una enfermedad.

Escala de Medición: se evaluaron de la siguiente manera:

De 0 a 149 No hay problemas importantes

150 a 199 Crisis leve

200 a 299 Crisis moderada

Más de 300 Crisis severa

Tipo de variable: Todos los participantes contestaron un cuestionario de salud que incluía la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (anexo 1) de los cuales resultaron positivos y a su vez se les aplicó la escala de estrés psicosocial de Holmes (anexo 1.1)

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

EDAD

Definición Conceptual: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.

Definición Operacional: A lo referido por el paciente encuestado o su familiar, con respecto al tiempo trascurrido desde su nacimiento hasta el momento del estudio. Corresponde a la pregunta No. 1 de la encuesta.

Escala de medición:

1. 60 – 70 años
2. 71 – 80 años
3. 80 años y más

Tipo de variable: Cuantitativa de razón.

ESTADO CIVIL

Definición Conceptual: Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.

Definición Operacional: Lo referido por el paciente encuestado, con respecto a su condición con respecto a sus derechos y obligaciones civiles y al papel que juega en la sociedad. Corresponde a la pregunta No. 2 de la encuesta.

Escala de medición:

1. Soltero
2. Casado
3. Unión libre
4. Viudo
5. Divorciado

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

ESCOLARIDAD

Definición Conceptual: Grado máximo de estudios alcanzado de cada persona.

Definición Operacional: Lo referido por el paciente encuestado, con respecto al grado máximo de estudios obtenido en una institución de educación formal, hasta el momento del estudio. Corresponde a la pregunta No. 3 de la encuesta.

Escala de medición:

1. Analfabeta
2. Primaria
3. Secundaria
4. Preparatoria
5. Técnica
6. Licenciatura

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

OCUPACIÓN

Definición Conceptual: Acción y efecto de ocuparse, jerarquía o categoría personal (trabajo, empleo y oficio o profesión).

Definición Operacional: Lo referido por el paciente encuestado, con respecto a la actividad laboral que realiza en el momento del estudio. Corresponde a la pregunta No. 4 de la encuesta.

Escala de medición:

1. Empleado
2. Jubilado
3. Pensionado
4. Labores del hogar
5. Dependiente económico de otra persona.

Tipo de variable: Cualitativa nomina

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

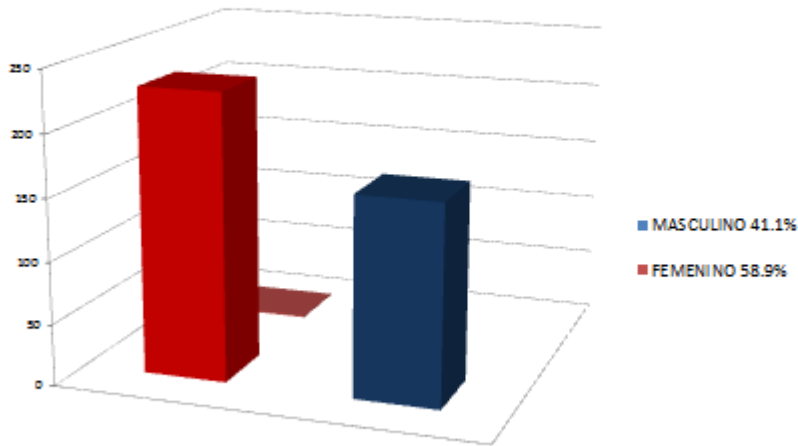
ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un estudio prospectivo transversal observacional descriptivo previa conformidad con autoridades de la Unidad de Medicina Familiar núm. 63 en el periodo de se realizaron 292 encuestas de las cuales no se eliminó ninguna, previo consentimiento informado a cada paciente se le aplicó tres encuestas, a través del cuestionario sociodemográfico se investigaron las variables sociodemográficas como la edad, género, ocupación, estado civil, entre otras (ver anexo 1), posteriormente se aplicó al paciente escala de Yesavege (anexo2) para valorar el grado de depresión de los pacientes encuestados y finalmente se le aplicó la escala Thomas Holmes (anexo3) para determinar la presencia de eventos críticos en un plazo anterior a 24 meses.

En total se encuestaron 392 pacientes de los cuales 231 (58.9%) pacientes fueron del género femenino y 161(41.1) pacientes del género masculino. Se observa que el grupo predominante es el género femenino. Ver Cuadro y grafica no. 1.

Cuadro no.1 Distribución de los pacientes encuestados de acuerdo al género en la UMF 63, durante el periodo de Diciembre 2013 a Octubre 2014.		
Genero	No.	%
Femenino	231	58.9
Masculino	161	41.1
Total	392	100

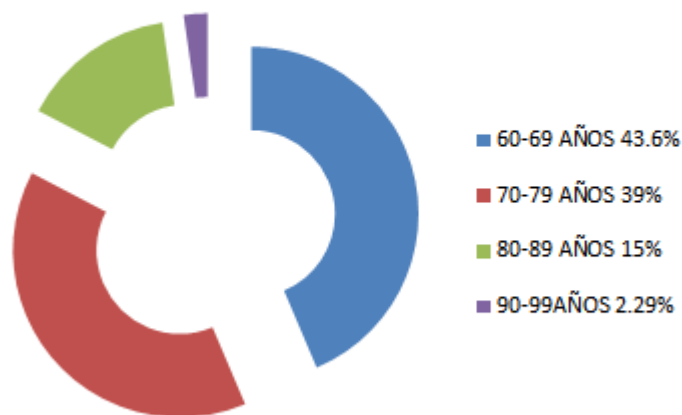
Gráfica no.1 Distribución de los pacientes encuestados de acuerdo al género en la UMF 63, durante el periodo de Diciembre 2013 a Octubre 2014.



Para analizar la variable edad se conformaron cuatro grupos, en el grupo A se ubicaron los pacientes entre 60 y 69 años, en el grupo B los pacientes entre 70 y 79 años, en el grupo C se conformó con los pacientes entre 80 y 89 años de edad y finalmente en el grupo D se ubicaron los pacientes entre 90 y 99 años de edad. El grupo predominante fue el grupo A con 171 pacientes (43.6) seguido del grupo B con 153 pacientes (39%), en último sitio se encontró el grupo D donde se ubicaron 9 pacientes (2.29). Ver tabla y cuadro no.2.

Cuadro no.2 Distribución de los pacientes encuestados de acuerdo a la edad en la UMF 63, durante el periodo de Diciembre 2013 a Octubre 2014.		
Grupo de edad	No.	Porcentaje
Grupo A (60-69años)	171	43.60
Grupo B (70-79años)	153	39
Grupo C (80-89años)	59	15
Grupo D (90-99años)	9	2.29
Total	392	100

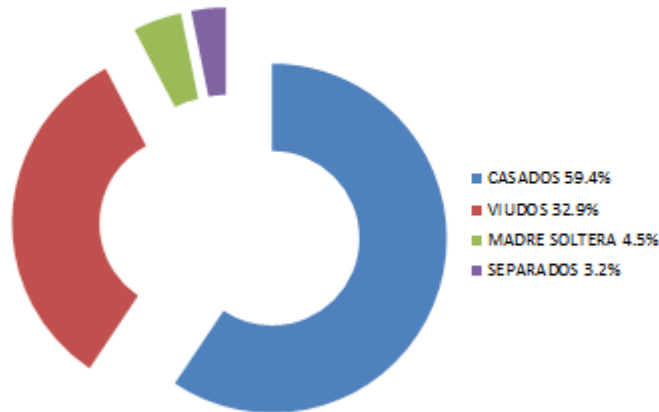
Cuadro no.2 Distribución de los pacientes encuestados de acuerdo a la edad en la UMF 63, durante el periodo de Diciembre 2013 a Octubre 2014.



Para valorar la variable estado civil se conformaron cuatro grupos: en el grupo I se encuentran los pacientes cuyo estado civil es casado(a), en el grupo II al estado civil viudo (a), en el III Madre soltera y grupo IV se conformó por aquellos pacientes con estado civil separado(a). El grupo predominante fue el I donde se ubicaron 233 (59.4%) seguido del grupo II con 129 pacientes (32.9%), en tercer lugar se ubicó el grupo 3 con 18 paciente (4.5%) y finalmente el grupo IV se ubicó en último lugar con 12 pacientes (3.06%). Ver cuadro y grafica no.3.

Cuadro no.3 Distribución de los pacientes encuestados de acuerdo al estado civil en la UMF 63, durante el periodo de Diciembre 2013 a Octubre 2014.		
Estado Civil	No.	%
Casado	233	59.4
Viudo	129	32.9
Separado	18	4.5
Madre Soltera	12	3.2
Total	392	100

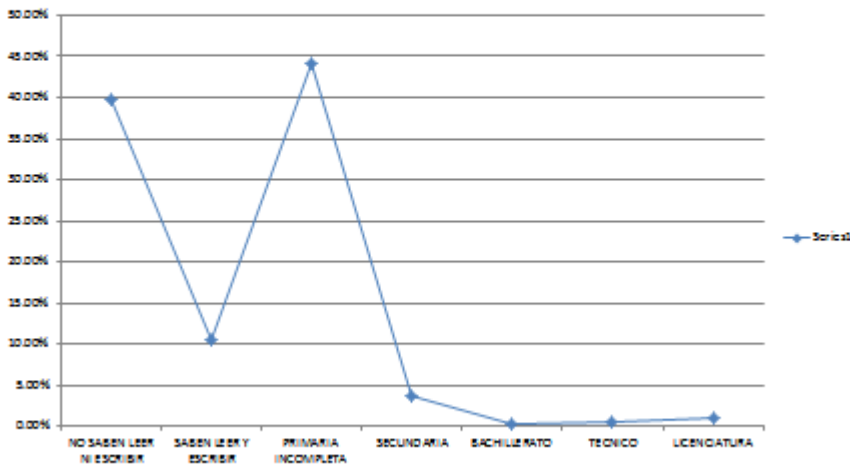
Gráfica no.3 Distribución de los pacientes encuestados de acuerdo al estado civil en la UMF 63, durante el periodo de Diciembre 2013 a Octubre 2014.



Para analizar la variable escolaridad se conformaron siete grupos, en el grupo I se ubicaron los pacientes sin escolaridad, en el grupo VII los pacientes con grado académico de licenciatura, en el grupo III se conformó con los pacientes con escolaridad hasta primaria siendo el grupo predominante con 173 pacientes (44.13%) seguido del grupo I grupo sin escolaridad con 156 pacientes (39.79%), en último sitio se encontró el grupo V donde se ubicó un paciente (0.25%). Ver tabla y cuadro no. 4.

Cuadro no.4 Distribución de los pacientes encuestados de acuerdo al nivel de escolaridad en la UMF 63, durante el periodo de Diciembre 2013 a Octubre 2014.		
Escolaridad	No.	%
Analfabeta	156	39.79
Sabe Leer o Escribir	41	10.45
Primaria	173	44.13
Secundaria	15	3.82
Bachillerato	1	0.25
Técnico	2	0.50
Licenciatura	4	1.02
Total	392	100

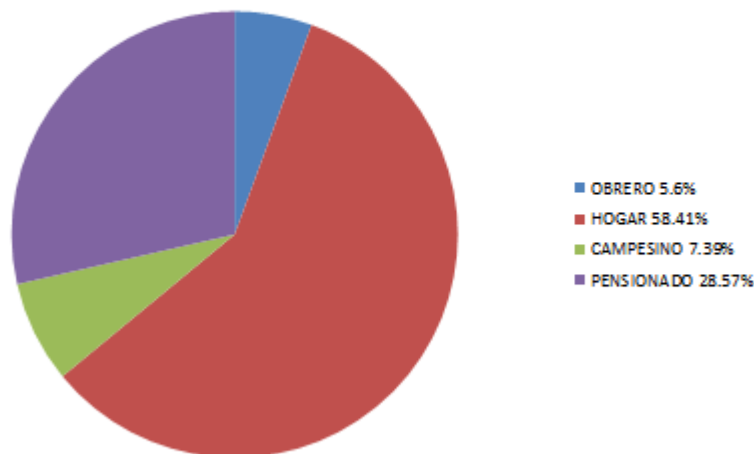
Gráfica no.4 Distribución de los pacientes encuestados de acuerdo al nivel de escolaridad en la UMF 63, durante el periodo de Diciembre 2013 a Octubre 2014.



Para valorar la variable ocupación se conformaron cuatro grupos: en el grupo A se encuentran los pacientes con ocupación campesino, en el grupo II al obrero (a), en el III a la ama de casa y grupo IV se conformó por aquellos pacientes pensionados. El grupo predominante fue el III donde se ubicaron 229 (58.41%) seguido del grupo IV con 112 pacientes (28.57%), en tercer lugar se ubicó el grupo I con 29 paciente (7.39%) y finalmente el grupo II se ubicó en último lugar con 22 pacientes (5.6%). Ver cuadro y grafica no.5.

Ocupación	No.	%
Campesino	29	7.39
Obrero	22	5.6
Ama de Casa	229	58.41
Pensionado	112	28.57
Total	392	100

Gráfica no.5 Distribución de los pacientes encuestados de acuerdo a su ocupación en la UMF 63, durante el periodo de Diciembre 2013 a Octubre 2014.



Al aplicar la escala de Yesavage toda la muestra de pacientes resultaron en depresión leve, ninguna en moderada; Para analizar la variable nivel de depresión se conformaron cinco grupos, los cuales se conformaron dependiendo el resultado obtenido al aplicar el instrumento, siendo los siguientes valores obtenidos, en el grupo I se ubicaron los pacientes con resultado de 5 siendo 67 pacientes (17.09%), en el grupo II los pacientes con resultado 6 siendo 124 pacientes (31.63%), en el grupo III se conformó con los pacientes con resultado 7 correspondiendo a 139 pacientes (35.45%) siendo el grupo predominante, en el grupo IV los pacientes con resultado 8 con 61 pacientes (15.56%), en último sitio se encontró el grupo V donde se ubicó un paciente (0.25%). Ver tabla y cuadro no. 6.

Resultado de Escala	No.	%
Valor 5	67	17.09
Valor 6	124	31.63
Valor 7	139	35.45
Valor 8	61	15.56
Valor 10	1	0.25
Total	392	100

Gráfica no.6 Distribución de los pacientes encuestados de acuerdo a resultado en escala de Yesavage en la UMF 63, durante el periodo de Diciembre 2013 a Octubre 2014.



Para analizar la variable eventos críticos más comunes se conformaron cinco grupos, los cuales se integraron dependiendo la frecuencia con la que se presentan los eventos críticos en cada paciente, algunos de los cuales se presentan de manera única y otros en cambio se presentan conjuntamente con otras crisis, encontrando lo siguiente: en el grupo A se ubicaron los pacientes con crisis por cambio en estilo de vida en donde se registran 64 pacientes (16.6%), en el grupo B los pacientes con crisis por enfermedad siendo el grupo predominante con 230 pacientes (55.8%), el grupo C se conformó con los pacientes con crisis económica correspondiendo a 81 (46.17%), en el grupo D los pacientes con crisis por muerte del cónyuge con 155 (39.7%), y en último sitio se encontró el grupo E con crisis por soledad donde se ubicaron 76 pacientes (19.38%). Ver tabla y cuadro no. 7.

Cuadro no.7 Distribución de los pacientes encuestados de acuerdo a eventos críticos más frecuentes en escala de Thomas Holmes en la UMF 63, durante el periodo de Diciembre 2013 a Octubre 2014.		
Eventos Críticos	No.	%
Cambio en estilo de vida	64	16.5
Enfermedad	230	55.8
Defunción del cónyuge	155	39.7
Crisis económica	81	46.17
Soledad	76	19.38

Gráfica no.7 Distribución de los pacientes encuestados de acuerdo a eventos críticos más frecuentes en escala de Thomas Holmes en la UMF 63, durante el periodo de Diciembre 2013 a Octubre 2014.



Se utilizó la prueba estadística chi cuadrada para obtener un índice de confianza en nuestra hipótesis, la cual obtuvo un valor de 6.

Discusión

En el presente estudio exclusivamente se estudiaron pacientes de la Unidad Medico Familiar núm. 63 en la localidad de Nicolás Romero, tomando una muestra representativa de 392 pacientes tomados al azar en cuanto a genero pero con sospecha de síntomas depresivos, a los cuales se le aplico 3 tipos de encuestas: la inicial para explorar datos de identificación y sociodemográficos, la segunda para explorar el estadio de depresión en el que se encuentran y por último la escala de Thomas Holmes para evaluar la existencia de eventos críticos asociados.

Encontrando que el 100% de la muestra cuenta con depresión leve, ninguno con moderada; De los cuales se observó que las crisis de tipo enfermedad son los eventos críticos dominantes, que pueden condicionar el estado depresivo, seguida en frecuencia de las crisis por defunción del cónyuge, sentimiento de soledad y por ultimo cambios en el estilo de vida.

En el análisis de factores de riesgo sociodemográficos se identificó la edad más frecuente es de los 60 a 69 años, el nivel de escolaridad predominante es a nivel de primaria y analfabetas, el estado civil es casado(a), y la ocupación más frecuente es la de ama de casa.

Se cumplieron los objetivos e hipótesis de este estudio logrando, confirmar la presencia de ciertos eventos críticos similares en el mismo grupo edad, escolaridad, estado civil, ocupación similar.

Al llevar a cabo la recolección de información se identificó como debilidad o sesgo en el estudio, la falta de confianza de los pacientes para exponer todas las situaciones críticas de su vida.

Conclusión

Todos los seres humanos experimentamos en el ciclo de vida familiar diferentes tipos de crisis normativas y paranormativas, contando con diferentes mecanismos de readaptación evitando presentar un estado depresivo, sin embargo, en esta etapa de la vida disminuye la capacidad para superar dichos eventos, tomando en cuenta la disminución de muchas capacidades como la económica, funcional, de la salud, falta de redes de apoyo, abandono familiar. Disminuyendo la calidad de vida integral.

El objetivo de este estudio es brindar información al médico familiar para identificar los eventos críticos gatillo que pueden detonar el padecimiento. El paciente en esta etapa de la vida requiere mayor soporte en cuanto a redes de apoyo, momento ideal para la intervención, evitando el desarrollo de la enfermedad.

Hasta el momento, existe poca o nula información a nivel mundial acerca de la relación de depresión en adulto mayor con eventos críticos y por lo tanto, pocas acciones preventivas para ayudar al paciente a superarlos.

La inminente inversión de la pirámide poblacional en pocos años, nos obliga a enfrentarnos a dicha problemática, por lo que el médico familiar debe estar preparado para identificar factores de riesgo y realizar acciones oportunas.

VI. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

El presente trabajo de investigación se llevará conforme a los aspectos éticos que rigen toda investigación: El Código de Nuremberg promulgado en 1947, teniendo como principal disposición que es absolutamente esencial el consentimiento informado voluntario al sujeto humano. En 1947, en Estados Unidos de Norteamérica, se estableció la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de la Investigación Biomédica y Conductual, y en 1978 la Comisión presentó su informe titulado “Informe Belmont Principios Éticos y Pautas para Protección de Sujetos Humanos de la Investigación”. El informe estableció los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación en seres humanos.

En 1964 la Asociación Médica Mundial adoptó la Declaración de Helsinki, cuya revisión más reciente tuvo lugar en 1989 y estableció las pautas éticas para la investigación en seres humanos. En 1966 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el acuerdo Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, que entró en vigor en 1976 y que estipula lo siguiente: “Nadie será sometido a torturas, penas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes. En especial nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o será sometido sin su libre consentimiento a experimentos científicos”.

El Consejo Internacional de las Ciencias Médicas (CIOMS) publicó en 1982, el documento “Propuesta de Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos”. El cual tiene como objetivo indicar como podrían aplicarse eficazmente los principios éticos fundamentales que guían la investigación biomédica en seres humanos, tal como se establece en la declaración de Helsinki de Asociación Médica Mundial, especialmente en los países en desarrollo, teniendo en consideración su cultura, sus circunstancias socioeconómicas, sus leyes nacionales y disposiciones ejecutivas y administrativas.

En 1991 el CIOMS publicó las Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos, cuyo objetivo es ayudar a los investigadores, instituciones y autoridades

regionales y nacionales a establecer y mantener normas para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos.

Apegándose a las leyes nacionales: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y Código de Bioética para el Personal de Salud.

De la Ley General de Salud de acuerdo al quinto capítulo, en los artículos 96, 97, 98, 99, dedicado a la investigación en Salud, los cuales se describen a continuación.

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

Artículo 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

De los lineamientos generales para realizar investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social destaca lo siguiente: “Que en toda investigación en el instituto debe ponerse de manifiesto un profundo respeto hacia la persona, la vida y la seguridad de todos los derechos, de quien participe en ellos rigiéndose por las normas institucionales en materia”, en particular por el Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación (Acuerdo número 15 a 84 del 20 de junio de 1984 del honorable Consejo Técnico). Será evaluado y autorizado por el comité de investigación y por el comité de bioética de la Unidad de Medicina Familiar 13. Así también se solicitará el consentimiento informado y autorización por parte de los pacientes que participen en el estudio. (Anexo 1).

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Enfoque Neuropsicológico y Psicopatológico de la Depresión y la Demencia Vasculard/Sandra Silveira/http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/EnfoqueNeuropsicol ogicoyPsicopatologico.htm
2. Depresión en el anciano: una perspectiva general Carmen García-Peña, Teresa Juárez Cedillo, Katia Gallegos-Carrillo, Carlos Durán-Muñoz, Sergio Sánchez-García/ salud.edomexico.gob.mx
3. Geriatria y gerontología para el médico internista - SMIBA/www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf
4. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayorbvs.sld.cu/revistas
5. Avila FJA, Melano CE, Helene P, Helene A. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud Publica Mex vol.49 no.5 cuernavaca sep./oct.2007.
6. Depresión en el adulto mayor/www.geriatria.salud.gob.mx
7. Resumen de Evidencias y Recomendaciones Prevención, Diagnóstico Oportuno y Tratamiento/www.isssteags.gob.mx
8. El envejecimiento de la sociedad contemporánea/www.eumed.net/libros-gratis/2013a/1298/envejecimiento.html
9. Diagnóstico Clínico Medico Unidad Medico Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012.
10. Aguilar NS, Ávila FJA. La depresión: particularidades clínicas y circunstancias en el adulto mayor. Gac Med vol.143 no.2, 2007.
11. Jonis M, Llacta D. Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. Rev Med Hered.2013;24:78-79.
12. Capuñay CJ, Figueroa AM, Varela PL. Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el hospital nacional de cayeta Heredia.Rev Med Hered 1996;7:172-177.
13. Chong DA. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Revista Cubana de medicina General Integral. 2012;28(2):79-86.
14. Rodríguez GM, Boris SD, Rodríguez OO, Rodríguez AO. Algunos aspectos clinicoepidemiologicos de la depresión en la ancianidad. MISAN 2009; 13(5).
15. Sanchez GY, Lopez MAM, Calvo RM, Noriega FL. Depresión y deterioro cognitivo. estudio basado en la población mayor de 65 años. Ciencias clínicas y patológicas. Facultad de ciencias médicas victoria de giron.
16. Castillo F, Vela F.2005. Envejecimiento demográfico en México. Evaluación de los datos censales por edad y sexo 1970-2000. Papeles de población núm. 45;107-141.

17. Help Age International. 2002. estado mundial de las personas mayores 2002. Reino Unido.
18. Kaneda T, 2006. Un periodo crítico para que las autoridades normativas tomen una decisión respecto al envejecimiento de la población en los países en desarrollo/www.prb.org/.
19. Ortiz de la Huerta D. aspectos sociales del envejecimiento /www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm/junio 2008.
20. Partida V. 2005. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Red de revistas científicas de América latina y el caribe, España y Portugal. Universidad Autónoma de México. Papeles de la población julio-septiembre, núm. 045;9-27.

INSTRUMENTOS

ANEXO 1

Escala de depresión geriátrica Yesavage

Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? SI / NO
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? SI / NO
3. ¿Siente usted que su vida esta vacía? SI / NO
4. ¿Se aburre usted a menudo? SI / NO
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? SI / NO
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? SI / NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SI / NO
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? SI / NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? SI / NO
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? SI / NO
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? SI / NO
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? SI / NO
13. ¿Se siente usted con mucha energía? SI / NO
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? SI / NO
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? SI / NO

ANEXO 2 ESCALA DE EVENTOS CRÍTICOS DE THOMAS HOLMES

1	Muerte del cónyuge	100
2	Separación o divorcio	70
3	Proceso judicial o problemas legales graves pudiendo terminar en encarcelamiento	68
4	Muerte de un familiar cercano	65
5	Enfermedad o accidente que requiere guardar cama	55
6	Contraer matrimonio	50
7	Quedarse sin trabajo	47
8	Retiro laboral	45
9	Reconciliación con el cónyuge	45
10	Enfermedad de un miembro de la familia o mejoría marcada de una enfermedad crónica en un miembro de la familia	44
11	Rotura de un noviazgo o relación similar	42
12	Embarazo	40
13	Incorporación de un nuevo miembro a la familia	39
14	Muerte de un amigo	38
15	Cambio brusco de las finanzas familiares (en más o en menos)	38
16	Reajuste en la empresa o conflictividad laboral en la empresa en que trabaja	38
17	Cambio en el tipo de actividad laboral	38
18	Empréstito o hipoteca de más de seis mil euros	38
19	La esposa se queda embarazada	35
20	Cambio radical (en más o en menos) en el número de disputas familiares	35
21	Enamorarse o iniciar una nueva amistad íntima y profunda	34
22	El marido o la esposa pierde su empleo	33
23	Mudanza	32
24	Cambio de lugar de trabajo	31
25	Accidente o situación de violencia física	30
26	Un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar	30
27	La esposa comienza a dejar de trabajar fuera de casa	29
28	Pelea o desacuerdos con vecinos o familiares no residentes en la casa familiar (o desaparición de un estado de conflictividad habitual)	28
29	Éxito personal de gran envergadura	28
30	Exámenes	27
31	Promoción en el trabajo	27
32	Pelea o desacuerdos con colegas y compañeros de trabajo (o desaparición de un estado de conflictividad habitual)	26
33	Reformas en la casa (importantes)	25
34	Deterioro notable de la vivienda o del vecindario	25
35	Cambio en las costumbres personales (de salir, vestir, de estilo de vida, etc.)	24
36	Cambio importante en las horas o condiciones de trabajo	23
37	Cambio en las opiniones religiosas	22
38	Cambio en las opiniones políticas	22
39	Modificaciones en la vida social (en más o en menos) aparte de los posibles cambios en las costumbres o hábitos personales	20
40	Cambio en la manera o duración del sueño	18
41	Cambio en la frecuencia de reuniones familiares	17
42	Cambio en las costumbres alimenticias o apetito	16
43	Vacaciones fuera de casa	15
44	Fiestas de Navidad y Reyes o su equivalente	13
45	Problemas legales menores (incluyendo sanciones de tráfico)	11

Anexo 3 Hoja de Registro de información

Nombre del Paciente:	
NSS-turno-consultorio:	
Edad:	
Estado civil:	
Escolaridad:	
Ocupación:	
Puntaje Escala de depresión geriátrica Yesavage:	
Puntaje de Escala de Thomas Holmes:	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS EN SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMATIVO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ASOCIADA A EVENTOS CRÍTICOS FAMILIARES, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚM. 63 DEL IMSS.**

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Obtener mayor información del comportamiento de la enfermedades en dicho sector de población, contribuyendo a una mejor atención de primer contacto.

Procedimientos: *se aplicarán dos pruebas diagnosticas verbales.*

Posibles riesgos y molestias: NINGUNO

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: tener atención de primer contacto especializada en los problemas específicos del sector de población específico.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Informados al paciente

Participación o retiro: SI APLICA

Privacidad y confidencialidad: CONFIABLE

En caso de colección de material biológico (si aplica): NO APLICA

Disponibilidad de tratamiento médico de derechohabientes (si aplica): no aplica

Beneficios al término del estudio: mayor conocimiento de la situación familiar en la que se encuentra la población específica.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable: DRA. CLAUDIA ADRIANA ESPINOSA GUTIERREZ MATRICULA 99167786 MOVIL 5538979636

Colaboradores: DRA. GUADALUPE LEAL MOSQUEDA TITULAR CURSO

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participantes podrá dirigirse a: Comisión de Ética de investigación de la CNIC del IMSS. Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso bloque "B" de la Unidad de congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720, Teléfono (55)56276900 extensión 21230, correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

0-003-002

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.

*En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión nacional de Investigación Científica.

Clave: 2810-009-013

Clave: 2810-003-002