



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE PSIQUIATRIA/ UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°



10

T E S I S

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTO MAYOR EN LA UMF 4, IMSS,
CDMX, DELEGACIÓN SUR IMSS.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.**

PRESENTA:

**DRA. ANA ELIZABETH DELGADO LOPEZ.
MEDICO GENERAL.**

CIUDAD DE MEXICO. 2018.

ASESORES:

**DR. FABIAN AVALOS PEREZ.
DR. ABIDAN DANIEL ALARCON LERIN**



**HOSP PSIQ. CON U.M.F.10
COORDINACION CLINICA DE
EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD**



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.

TITULO DE LA TESIS

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTO MAYOR EN LA UMF 4, IMSS, CDMX,
DELEGACIÓN SUR IMSS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANA ELIZABETH DELGADO LÓPEZ

AUTORIZACIONES:



DR. ALBERTO ROSENDO RUIZ
DIRECTOR DEL HP/UMF 10



DR. ROBERTO A. OLIVARES SANTOS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DEL
HP/UMF 10



DR. FABIAN AVALOS PEREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS FAMILIARES IMSS SEDE HP/UMF 10

2019



HOSP. PSIQ. CON U.M.F. 10
COORDINACION CLINICA DE
EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD

TITULO DE TESIS

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF 4,
IMSS, CdMx, DELEGACIÓN SUR IMSS”

ASESORES DE TESIS.



DR. FABIÁN AVALOS PÉREZ.



DR. ABIDÁN DANIEL ALARCÓN LERÍN



IMSS
HOSP. PSIQ. CON U.M.F. 10
COORDINACIÓN CLÍNICA DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD

TITULO DE LA TESIS

**"PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA UMF 4,
CDMX, DELEGACIÓN SUR IMSS"**

PRESENTA:

**ANA ELIZABETH DELGADO LÓPEZ
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**



AUTORIZACIONES.

**DR. ALBERTO ROSENDO RUIZ
DIRECTOR HP/UMF NO.10**

**DR. ROBERTO OLIVARES SANTOS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL
HP/UMF NO. 10**

**DR. FABIÁN ÁVALOS PÉREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES IMSS SEDE HP/UMF NO. 10**

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	6
RESUMEN.....	7
ANTECEDENTES.....	9
JUSTIFICACION.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	14
OBJETIVOS.....	15
GENERAL.....	15
ESPECIFICOS.....	15
HIPOTESIS.....	15
MATERIAL Y METODOS.....	15
PERIODO Y SITIO DE ESTUDIO.....	15
UNIVERSO DE TRABAJO.....	15
POBLACION DE ESTUDIO.....	15
UNIDAD DE OBSERVACION Y ANALISIS.....	15
DISEÑO DE ESTUDIO.....	15
ESQUEMA DE DISEÑO DE ESTUDIO.....	16
CRITERIOS DE INCLUSION.....	16
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	16
CRITERIOS DE ELIMINICACION.....	16
MUESTREO.....	16
TIPO DE MUESTRA.....	16
CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA.....	16
VARIABLES.....	16
DEFINICION DE VARIABLES.....	16
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	17
DESCRIPCION DEL ESTUDIO.....	18
ANALISIS ESTADISTICO.....	18
CONSIDERACIONES ETICAS.....	18
CRONOGRAMA.....	19
RESULTADOS.....	19
DISCUSION.....	21
CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFIA.....	21
ANEXOS.....	25

AGRADECIMIENTOS

A Dios por bendecirme cada día y darme una maravillosa familia a la cual amo.

A mi esposo Rafael por apoyar este y todos mis proyectos, por tu paciencia y amor y por estar siempre pendiente de nuestras hijas.

A mis hijas Paola y Michelle que son el motor que impulsa mi vida, gracias por todo el amor que me dan y por hacerme saber que están orgullosas de quien soy.

A mis Padres Margarita y Marciano porque ustedes me enseñaron que todo sacrificio siempre tiene su recompensa.

A mis hermanos Oscar y Erik que siempre cuento con su apoyo y cariño.

A mis amigos y compañeros por sus consejos, sus enseñanzas y cariño.

A mis profesores muy en particular al Dr. Fabián agradezco su apoyo y colaboración para culminar este proyecto; por las enseñanzas y por su amistad.

A todos y cada uno gracias, los quiero y me siento muy feliz de presentarles este proyecto.

RESUMEN.

Prevalencia de depresión en adulto mayor en la UMF 4, IMSS, CdMx, Delegación Sur IMSS

Ana Elizabeth Delgado L.* Roberto A. Olivares Santos **

*Médico General UMF 4.IMSS

Jefe de departamento de Enseñanza e Investigación. HP/UMF10 IMSS

La depresión se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad así como la calidad de vida de los ancianos que la padecen, para el médico familiar el diagnóstico.

Objetivo: describir la prevalencia de depresión en el adulto mayor en la UMF4, IMSS, CdMx, Delegación Sur IMSS.

Metodología: Estudio transversal descriptivo en 322 adultos mayores de la UMF4,IMSS. CdMx. Durante el periodo de noviembre 2016 a abril 2017. Se aplicara encuesta de Yesavage para determinar depresión.

Análisis estadístico: Se realizarán en programa estadístico stata versión 11, con análisis univariado con descripción de medidas de tendencia central en variables cuantitativas y proporciones en variables cualitativas. Se estimará la prevalencia de depresión.

Resultados: De acuerdo al test utilizado para diagnosticar depresión en adultos mayores, encontramos que el 30% de la población padece depresión establecida. El 15% de los adultos mayores presenta síntomas depresivos sin integrar un diagnóstico y el 55% de los pacientes se encuentra sano.

Conclusiones: Es necesario establecer una atención con enfoque de riesgo en adultos mayores, para el diagnóstico de depresión, ya que su prevalencia es alta y afecta de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores.

Palabras claves: depresión, adulto mayor, yessave

SUMMARY

Prevalence of depression in older adults in FMU 4, IMSS, CdMx, IMSS South Delegation

Ana Elizabeth Delgado L. * Fabian Avalos Pérez **

* General Physician UMF 4.IMSS

** HP / UMF10 IMSS **

Depression is considered a public health problem, with serious implications for disability, morbidity, mortality as well as quality of life for the elderly who are suffering from it.

Objective: to describe the prevalence of depression in the elderly in the UMF4, IMSS, CdMx, Delegación Sur IMSS.

Methodology: Descriptive cross-sectional study in 322 older adults of the FMU4, IMSS. CdMx. During the period from November 2016 to April 2017. A Yesavage survey will be applied to determine depression.

Statistical analysis: Stata statistical program 11, with univariate analysis with description of measures of central tendency in quantitative variables and proportions in qualitative variables. The prevalence of depression will be estimated.

Results: According to the test used to diagnose depression in older adults, we found that 30% of the population had established depression. 15% of older adults present depressive symptoms without integrating a diagnosis and 55% of patients are healthy.

Conclusions: It is necessary to establish care with a risk approach in the elderly, for the diagnosis of depression, since its prevalence is high and significantly affects the quality of life of the elderly.

Keywords: depression, elderly, yessave

ANTECEDENTES:

Se entiende por depresión a aquel estado de ánimo triste que persiste, pese a haberse disipado la causa externa, o una expresión desproporcionada de ésta. Incluso, casos severos de depresión, no tienen causa externa precipitante^{1,2}. El paciente con depresión pierde el interés, incluso de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen una serie de otros síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, del contenido del pensamiento y síntomas corporales, que interfieren gravemente con la calidad de vida³. Es un trastorno heterogéneo, de curso y respuesta variable al tratamiento y de mecanismos fisiopatológicos no comprendidos a cabalidad⁴.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino, se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida.^{6,7} La depresión se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad así como la calidad de vida de los ancianos que la padecen, para el médico familiar el diagnóstico, tratamiento y en especial la prevención de la depresión nos parece que es de capital importancia en este trabajo se presentan elementos esenciales para el manejo de esta enfermedad a través de una revisión bibliográfica dirigida a las necesidades que se presentan en el primer nivel de atención.^{6,8}

La prevalencia de la depresión en el anciano difiere según los diversos autores en un 6-20%^{9,10}. En los ancianos institucionalizados en centros geriátricos aumenta hasta un 27%¹¹. Esta elevada disparidad refleja la dificultad de diagnóstico y clasificación de los diversos trastornos del ánimo desde los diferentes ámbitos sanitarios. En el año 1991 se realizó una conferencia de consenso (Consensus Development Conference of Depression in Late Life)¹² para ayudar a clarificar aspectos de epidemiología, patogenia, fisiopatología, prevención y tratamiento. Desde entonces se ha progresado mucho en el conocimiento de la depresión. Pero todavía continúa sin clarificarse un método diagnóstico y de clasificación muy fiable. Esto ha provocado la búsqueda de métodos de diagnóstico que facilitaran el estudio de la incidencia y la prevalencia de la depresión, creándose así diversos tests de cribado. Pero pese a todos los instrumentos de cribado existentes, la entrevista clínica es el método diagnóstico más efectivo. En este aspecto el personal de atención primaria es privilegiado, ya que mantiene múltiples entrevistas con el anciano y la familia que deben ser útiles para detectar problemática encubierta, como sería el caso de la patología psiquiátrica, sobre todo la depresión, que junto con la ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes¹³. El diagnóstico diferencial se deberá realizar con todas aquellas enfermedades físicas que pudieran producir síntomas depresivos: neurológicas, endocrinas, cardiovasculares, neoplasias, etc.¹⁴, pero sin olvidar que algunas de ellas predisponen a presentar un episodio depresivo por mecanismos fisiológicos directos¹⁵.

El envejecimiento y la depresión caminan junto a la industrialización. Es evidente que se ha producido un progresivo envejecimiento de la población, y se espera que en unas décadas los mayores de 65 años pasen a representar del 10% del total actual al 21%¹⁶. La depresión es la cuarta causa de incapacidad en la población activa, por detrás de las infecciones respiratorias de las vías bajas, las enfermedades perinatales y el sida, y será, probablemente, la segunda en el año 2020, tan sólo inferior a las enfermedades derivadas de la insuficiencia coronaria². Considerando la alta tasa de recaídas de esta enfermedad, no es de extrañar que la depresión afecte cada vez más a los ancianos y que la mayor tasa de suicidios por edad se produzca en los mayores de 70 años¹⁷. Además, las personas ancianas se suicidan con menos intentos previos y, curiosamente, suelen visitar al médico antes de llevarlo a cabo¹⁸. Si la depresión se diagnostica poco, en el anciano se hace aún menos, con grados de subdiagnóstico del 32-50% y de infratratamiento del 37-50%^{19,20}. Y es que, a pesar de la existencia de criterios claros y un consenso sobre su manejo²¹, el diagnóstico no es fácil, dada su habitual presentación atípica y la visión cultural de la vejez como algo triste^{6,9}. Hay evidencias de que la depresión no tratada tiene graves complicaciones que empeoran el pronóstico²² y duplican el riesgo de fallecimiento²³. Esto añade un coste económico –se trata sólo al 10% de los enfermos²⁴ con consecuencias sociales. Para afrontar esta situación tendríamos que realizar una prevención primaria que incidiera sobre nuestros hábitos y nuestra cultura, y aunque es cuestionable realizar un tratamiento paliativo de la infelicidad²⁵, creemos que es una actuación que está fuera del ámbito de la medicina. Sin embargo, la prevención secundaria sí resulta una herramienta práctica en el contexto de la atención sanitaria, mediante el uso de escalas evaluativas para el diagnóstico precoz y el cribado. De las distintas posibilidades psicométricas²⁶, la escala más utilizada, más traducida y validada en los diferentes países de nuestro entorno es la introducida por Brink y Yesavage en 1982²⁷. Tiene unas propiedades de validez y fiabilidad similares al resto de las escalas²⁸, pero su cumplimentación es más sencilla para los ancianos, especialmente su versión reducida de 15 ítems, también validada y utilizada en España²⁹.

En Estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión oscila entre el 6% y el 20 %, aunque en Italia asciende hasta el 40%. En el caso de México, hasta el 2005, la prevalencia fue de 5.8% en las mujeres, y 2.5% en los hombres, incrementándose con la edad. Sin embargo otros estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada; y la incidencia de casos nuevos por años es de aproximadamente 15%. Bello ³⁰ ha observado una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de 4.5%, con 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres.

La depresión en el adulto mayor es más frecuente en mujeres, viudas, pacientes con enfermedades crónicas, en portadores de algún tipo de trastorno del sueño como insomnio, y en aquellos que han experimentado un evento estresante en sus vidas⁶, dismovilidad y aislamiento social. Usualmente es subdiagnosticada y por ende sub tratada en los Servicios de Medicina, especialmente en hombres³¹. La literatura indica que la depresión enmascarada, la depresión menor y la depresión

secundaria a enfermedad somática tienen una mayor prevalencia en los ancianos que en gente joven³². Esto se debería según Sarkisian y colaboradores, a que la depresión es vista por la mayoría de los profesionales de la salud y por los propios pacientes, como parte normal del envejecimiento³³. La clínica entre el anciano y el adulto no presenta mayores diferencias. Sin embargo, el anciano suele presentar más agitación psicomotora, compromiso cognitivo, delirios depresivos, ideas de pobreza y enfermedad física en relación a los menores de 60 años³⁴. La pérdida de un ser querido, la coexistencia de varias enfermedades, el dolor de tipo crónico, alteraciones cognitivas y abuso de psicofármacos o alcohol serían los factores que con mayor frecuencia confunden para poder realizar un correcto diagnóstico³⁵. La persistencia de este trastorno se asocia a una pobre calidad de vida, dificultad para comportarse adecuadamente del punto de vista social, mala adherencia al tratamiento, mala evolución de las enfermedades crónicas, aumento de morbimortalidad y de la tasa de suicidio³⁶. Un estudio (1996) realizado en el Hospital Militar de Santiago (HMS), por García y colaboradores, sobre la prevalencia de depresión en adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna, reveló que el 28,4% de éstos tenían depresión³⁷.

Actualmente en México se señala que dentro de los estudios de prevalencia disponibles, el 7.8 % se adjudica a episodios depresivos presentando evidencia indirecta de una probabilidad de padecer depresión en adultos mayores. Por otro lado, dentro del ámbito hospitalario -en el Instituto Nacional de la Nutrición la frecuencia de síntomas depresivos rebasa el 30%, mientras que la frecuencia por falla cerebral por padecimientos demenciales en la consulta geriátrica es aproximadamente del 20 %.³⁸ En lo que se refiere a la población en general, la prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 15 y 20 % y de trastorno depresivo mayor de 1 a 5 %. En pacientes hospitalizados en salas de cuidados intensivos, la prevalencia de síntomas depresivos es de 20 a 30 % y de depresión mayor de 10 a 15 %. En pacientes atendidos en instituciones gubernamentales la prevalencia de síntomas depresivos es de 30 a 40 % y de depresión mayor de 12 a 16%.³⁹ En cuanto al suicidio como complicación de la depresión, se observa que su tasa se correlaciona en forma directa con la edad, siendo en promedio de 2.6/100 000, más alta de lo reportado en otras épocas de la vida. Esta cifra de suicidio puede presentarse con mayor frecuencia en el anciano; puede ser consecuencia de la participación simultánea de la depresión y otros factores como enfermedades físicas, disminución del control del impulso aunado al deterioro cognitivo, aislamiento social y/o la pérdida del cónyuge.⁴⁰ A nivel de la atención primaria existe con frecuencia tanto el subdiagnóstico como el retraso en la identificación de la depresión, lo que conlleva al retraso en el tratamiento, impactando negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de servicios sanitarios. Frecuentemente el médico familiar considera como causa de depresión las quejas de la vida rutinaria, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros por lo cual se considera justificado no prescribir tratamiento alguno, cuando realmente esta incapacidad puede estar condicionada por la misma depresión.

Debido a la transición demográfica y epidemiológica que ocurre en México, se ha incrementado el número de adultos mayores, representando hasta el 2005 en

aproximadamente el 5.4 % de la población, se calcula entre el 10 y 12% para el año 2025. Es probable que para el 2050 represente la cuarta parte de la población, debido a que en la vejez, las capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud aumentan. Por ello, las situaciones psicosociales pueden cambiar en un anciano desde que se jubila, hasta que alcanza la condición de muy viejo, dependiendo de la evolución de su salud, de su autonomía y de las crisis que le puedan afectar.⁴¹

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

El envejecimiento puede afectar de forma variable la cognición, la memoria, la inteligencia, la personalidad y la conducta. Sin embargo, muchos cambios en la salud mental son difíciles de atribuir al envejecimiento en sí y a menudo son resultado de la enfermedad. Las disminuciones en la capacidad mental o en el rendimiento (como la cognición, o la conducta) que se consideran relacionadas con la edad se deben a veces a problemas tratables (por ejemplo la depresión, el hipotiroidismo), la rápida disminución de la cognición casi siempre se debe a una enfermedad.^{42,43}

Existen varias escalas de depresión, algunas de ellas para su uso específico en adultos mayores. Las de mayor difusión son la Geriatric Depression Scale (GDS) de Brink y Yesavage y la Rating Scale for Depression de Hamilton. Estas escalas incluyen ítems sobre humor, insomnio, ansiedad, inhibición, culpabilidad y pensamientos de muerte, síntomas somáticos, síntomas paranoides, compulsivos, etc. Sin embargo, su utilidad se enfoca como posible instrumento de tamizaje y como medida de respuesta del tratamiento, y no se debe utilizar como diagnóstico, ya que este, sobre todo en la depresión es meramente clínico.^{44,45} Dichas encuestas se realizan entrevistando al paciente o por medio de cuestionarios auto administrados. La depresión mayor, con o sin melancolía, incluye un síntoma central de estado de ánimo disfórico o pérdida de interés, mas al menos cuatro de los síntomas siguientes: alteraciones del sueño (normalmente, disminución del mismo) perturbación del apetito, pérdida de peso, retraso psicomotor, ideación suicida, mala concentración, sentimientos de culpa y perdida de interés en las actividades habituales (si no es el síntoma central). Existe melancolía si predominan sobre estos síntomas la falta de interés por el ambiente social, la variación diurna (es decir sentirse peor durante una parte del día, generalmente por la mañana), y la agitación o el retraso psicomotor. En algunos casos predominan los rasgos psicóticos en la depresión mayor, sobre todo ideas delirantes de enfermedad o sentimientos de culpa sobre algunas acciones, pensamientos o acontecimientos ya pasados. En la depresión psicótica es más prevalente a una edad avanzada que a la mitad de la vida, los síntomas psicóticos son similares entre los ancianos y los pacientes jóvenes, aunque en el adulto mayor suele tener más síntomas y es menos probable que experimente auto reproches y culpa.^{46,47} Existen también otras pruebas para identificar la depresión

ya que esta puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, o bien, encubrirlo o acelerarlo, por lo que es importante el adecuado diagnóstico diferencial, para lo cual se utilizan pruebas como el mini examen cognoscitivo de Folstein, versión de Lobo al español, cuya sensibilidad es de 87 % y especificidad de 85 %.⁴⁸ La gran variación de resultados en este tipo de pruebas, se debe a que muchos de los estudios en los que se aplica la escala de Yesavage (en su versión original de 30 ítems o en su forma abreviada), están encaminados a muestras poblacionales de servicios del primer nivel de atención, son pequeñas o incluyen pacientes ambulatorios que son precisamente la mayor cantidad de pacientes que atienden los médicos de familia.

JUSTIFICACIÓN.

En atención primaria es común que exista tanto el subdepresión, lo que conlleva al retraso en el tratamiento con el consecuente deterioro tanto en el bienestar de los ancianos como en la salud pública en general. Frecuentemente el médico familiar considera como causas de depresión: las quejas de la vida rutinaria, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social, el cambio de roles y los problemas financieros comunes a miles de familias justificaría programas de educación médica continua sobre depresión presenta dos a tres veces más probabilidades de morir, acude mayor número de veces a los servicios de salud y en aquellos ancianos que se encuentran hospitalizados con frecuencia se complican y prestancia hospitalaria, aumentando así los costos humanos y financieros de la atención médica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La depresión en el adulto mayor es más frecuente en mujeres, viudas, pacientes con enfermedades crónicas, en portadores de algún tipo de trastorno del sueño como insomnio, y en aquellos que han experimentado un evento estresante en sus vidas, dismovilidad y aislamiento social. Usualmente es subdiagnosticada y por ende sub tratada en los Servicios de Medicina, especialmente en hombres. La literatura indica que la depresión enmascarada, la depresión menor y la depresión secundaria a enfermedad somática tienen una mayor prevalencia en los ancianos que en gente joven. Esto se debería, a que la depresión es vista por la mayoría de los profesionales de la salud y por los propios pacientes, como parte normal del envejecimiento por ese motivo el equipo de investigadores se realiza la siguiente pregunta de investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la prevalencia de depresión en los adultos mayores dela UMF4?

OBJETIVOS.

Objetivo General.

Describir la Prevalencia de depresión en adulto mayor en la UMF 4, IMSS, CdMx, Delegación Sur IMSS

Objetivo Específicos.

Identificar a la población de adultos mayores de 65 años adscritos a la UMF 4
Aplicar cuestionario para diagnóstico de depresión.
Calcular la prevalencia de depresión en población de adultos mayores.

HIPOTESIS.

La prevalencia de depresión en adulto mayor será al menos de 30%

MATERIAL Y MÉTODOS.

Periodo y sitio de estudio.

El presente estudio se realizara en la UMF 4 localizada en
Durante el periodo comprendido del mes de noviembre de 2016 a Abril de 2017

Universo de trabajo.

Toda la población derechohabiente adscrita a la UMF 4 del IMSS

Población de estudio.

Pacientes usuarios mayores a 65 años de ambos sexos, que acuden a la UMF 4 y que aceptan participar en el estudio por medio de consentimiento informado por escrito

Unidad de observación y análisis.

Pacientes usuarios mayores a 65 años de ambos sexos, que acuden a la UMF 4

Diseño de estudio. Estudio trasversal descriptivo

Esquema del diseño de estudio.



Criterios de inclusión:

Adultos mayores de 65 años en delante de ambos sexos usuarios de la UMF 4 con vigencia de derechos que acepten participar por consentimiento informado

Criterios de exclusión.

Pacientes con secuelas de EVC.
Pacientes con inmovilización en cama.
Pacientes en proceso de duelo.
Pacientes terminales

Criterios de eliminación.

Paciente que pierda vigencia de derechos durante el estudio.
Paciente que decida retirarse del estudio en cualquier momento
Pacientes con encuestas incompletas.

MUESTREO.

10.1 Se realizara un muestreo no aleatorio por casos consecutivos.

10.2 CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.

Se realiza estimación de cálculo de tamaño de muestra con fórmula para estudios descriptivos cuyo objetivo es cálculo de una proporción.

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

En donde:

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q = 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio).

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Zα = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor α de 0.05, al que le corresponde un valor Z de 1.96.¹⁷

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.30) (0.70)}{(0.05)^2} = \frac{(3.8416) (0.30) (0.70)}{0.0025} = \frac{00.8064}{0.0025} = 322$$

El tamaño de muestra a estudiar corresponde a N= 322 pacientes.

VARIABLES.

11.1 definición de variables.

Edad,

Sexo.

Escolaridad.

Estado civil.

Ocupación.

Depresión.

Comorbilidad.

Tratamiento para depresión.
 Antecedentes heredofamiliares de depresión.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Título del cuadro: Variable independiente.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Edad	Número de años cumplidos.	De acuerdo a lo referido por mi vida en la encuesta	Cuantitativa continua	Número de años cumplidos
Sexo.	Características genotípicas del paciente	De acuerdo a lo referido por mi vida en la encuesta	Cualitativa nominal	1= Masculino 2= femenino
Escolaridad.	Grado escolar máximo alcanzado por el paciente	De acuerdo a lo referido por mi vida en la encuesta	Cualitativa ordinal	1= Primaria incompleta 2=primaria 3=secundaria 4=bachillerato 5=licenciatura 6=posgrado
Estado civil.	Relación que guarda el paciente con respecto a estatus con pareja o relación	De acuerdo a lo referido por mi vida en la encuesta	Cualitativa ordinal	1=casado 2=soltero 3=Unión libre 4=Divorciado 5=viudo
Ocupación.	Oficio o trabajo al que se dedica el paciente	De acuerdo a lo referido por mi vida en la encuesta	Cualitativa ordinal	1=pensionado 2=comerciante 3=desempleado 4=empleado

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Depresión.	Estado de ánimo triste que persiste, pese a haberse disipado la causa externa, o una expresión desproporcionada de ésta. Incluso, casos severos de depresión, no tienen causa externa precipitante ¹	De acuerdo a encuesta de Yesavage.	Cualitativa ordinal	1=sin depresión 2=depresión leve 3=depresión establecida.
Comorbilidad.	Enfermedades concomitantes que el paciente presenta.	De acuerdo a lo referido por mi vida en la encuesta	Cualitativa nominal	1=si 2=no
Tratamiento para depresión.	Tratamiento farmacológico específico para depresión	De acuerdo a lo referido por mi vida en la encuesta	Cualitativa nominal	1=si 2=no
Antecedentes heredofamiliares de depresión.	Antecedente de madre padre o hermano con depresión	De acuerdo a lo referido por mi vida en la encuesta	Cualitativa nominal	1=si 2=no

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

El presente estudio se realizará en población adultos mayores.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Mencionar nuevamente en que programa estadístico trabajara (spss, stata, epidat) versión.

Mencionar que realizara un análisis univariado con descripción de proporciones para variables cualitativas y con realización de medidas de tendencia central para variables cuantitativas.

Posteriormente se realizará un análisis bivariado de las variables que se consideren relacionadas y relevantes, a partir del cual se obtendrán medidas de riesgo y asociación, posteriormente se modelara y se realizará análisis de inferencia en las variables para determinar su significancia estadística.

En los estudios de asociación especificar si se realizará regresión logística o algún otro análisis de asociación.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Se considera este estudio de acuerdo al reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo titulo, articulo 17 como investigación sin riesgo ya que solo se realizara revisión de expedientes clínicos y no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes y se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación, y capítulo 1. Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del articulo 100, en materia de seguridad.(23) Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25.(24) El investigador se apegara la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese relevar la identidad de la personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respecto por la dignidad de cada participante así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran también su enmiendas año 2002 sobre no utilización de placebos, Y se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS.

Conflictos de interés.

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

CRONOGRAMA.

Anexo 1

RESULTADOS:

La población de nuestro estudio consta de 368 pacientes con una frecuencia de 141 para el género masculino y 227 al género femenino, en cuanto a la edad se obtuvo una media de 75 con un rango de 62 a 96 años. Predominando en escolaridad con un mismo porcentaje de 39.40 sin primaria y nivel primaria, seguidos en un 14.67% el nivel secundaria. El estado civil que predomina es el de casado con una frecuencia de 172, seguido de viudez con la frecuencia de 152. Tabla 1.

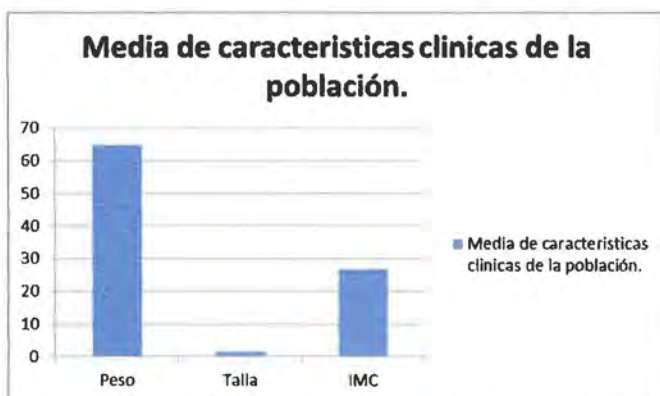
Tabla 1. Características sociodemográficas de la población

	N= 368	Media	Desviación Estándar	Rango
EDAD.		75.13043	7.679858	62-96
		Frecuencia	Proporción.	
SEXO	Hombre	141	38.32%	
	Mujer	227	61.68%	
Escolaridad	Sin primaria	145	39.40%	
	Primaria	145	39.40%	
	Secundaria	54	14.67%	
	Preparatoria	15	4.08%	
	licenciatura	4	1.09%	
	posgrado	5	1.36%	
		Frecuencia	Proporción.	
Estado civil	Soltero	14	3.80%	
	Casado	172	46.74%	
	Divorciado	21	5.71%	
	Viudo	152	41.30%	
	Unión libre	9	2.45%	

En cuanto a las características clínicas de la población estudiada se obtuvo una media en el peso de 64.85, con un rango que va de 41 a 101, en la talla una media de 1.55 con un rango que va de 1.30 a 1.79 y el índice de masa corporal con una media de 26.88 y un rango de 17 a 44, el estado nutricional que predominó fue el sobrepeso con una frecuencia de 159, seguido del normal con una frecuencia de 128. Tabla 2.

Tabla 2. Características Clínicas de la población:

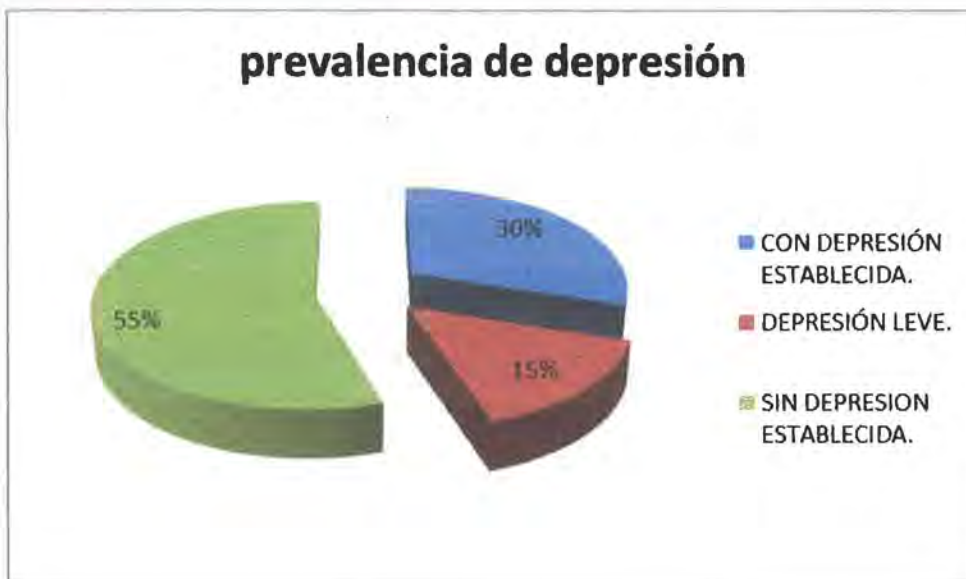
	N= 368	Media	Desviación estandar	Rango
Peso		64.85272	12.26053	41.5-101
Talla		1.551957	.0903971	1.3-1.79
IMC		26.88397	4.470343	17-44
Estado Nutricional	Frecuencia		Proporción.	
	Desnutrición.	0	0%	
	Normal	128	34.78%	
	Sobrepeso	159	43.21%	
	Obesidad GI	65	17.66%	
	Obesidad GII	12	3.26%	
	Obesidad mórbida	4	1.09%	



De acuerdo al test utilizado para diagnosticar depresión en adultos mayores, encontramos que el 30% de la población padece depresión establecida. El 15% de los adultos mayores presenta síntomas depresivos sin integrar un diagnóstico y el 55% de los pacientes se encuentra sano.

Prevalencia de depresión.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORPORCIÓN.
CON DEPRESION ESTABLECIDA > 15 PUNTOS	111	30%
DEPRESION LEVE DE 11 A 15 PUNTOS	55	15%
SIN DEPRESION ESTABLECIDA, < 11 PUNTOS	202	55%



DISCUSIÓN:

De acuerdo al estado nutricional de nuestra población de estudio. El 43% se encuentra en sobre peso y el 20% en obesidad. Lo cual es congruente con la encuesta nacional de salud 2012. En donde la prevalencia de sobrepeso y obesidad llega hasta el 69% en población mexicana.⁴⁹

En cuanto a depresión, encontramos que la prevalencia de depresión establecida es del 30%. Lo cual es congruente con las cifras nacionales en donde establecen una prevalencia que va desde el 30 hasta el 45%.²⁴

Si agregamos los adultos mayores con depresión leve o síntomas depresivos la prevalencia llega hasta el 45%. Lo cual quiere decir que aproximadamente la

mitad de nuestros adultos mayores presenta depresión o síntomas depresivos y no se cuenta con diagnóstico o tratamiento para este padecimiento.^{44,46}

Conclusiones:

Es necesario establecer una atención con enfoque de riesgo en adultos mayores, para el diagnóstico de depresión, ya que su prevalencia es alta y afecta de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores.

BIBLIOGRAFÍA:

1. García C, Loyola JC, Armstrong T. Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 65 años en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev Med Chile* 1996; 124: 431-6.
2. WHO Mental health: New understanding, new hope. *The World Health Report* 2001.
3. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry*. 2003; 54: 216-26.
4. Belmaker RH, Agam G. Mechanisms of Disease: Major Depressive Disorder. *N Engl J Med*. 2008; 358: 55-68
5. Trastornos Psiquiátricos, La vejez y la salud mental, Evaluación Geriátrica, Manual Merck de Geriatria, Segunda Edición, pp. 40 - 54, 307 - 323. 1990.
6. Douglas CN. Depresión en el adulto mayor. Instituto de Geriatria. Disponible en el sitio: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>.
7. Meléndez Moral C, Tomas Miguel JM, Navarro Pardo E. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista, Manheim. *Salud Pub México* 2007; 49 (6);408-12.
8. Medina-Mora ME, Borges G, Lara-Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Feliz-Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26(4):1-16.
9. De la Gándara. Manejo de la depresión y ansiedad en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20: 389-394.
10. Lebowitz B, Pearson J, Schneider L Reynolds C, Alexopoulos G, Livingston M et al. Actualización y tratamiento de la depresión en los ancianos. *JAMA (ed. esp.)* 1998; 7: 162-167.
11. Rispau A, Soler M, García Y, Caramés E, Espín A, García C. Factores de riesgo asociados al consumo de antidepresivos. *Aten Primaria* 1998; 22: 440-443.

12. Penninx B, Guralnik J, Ferrucci L, Simonsick E, Deeg D, Wallace R. Síntomas depresivos y deterioro físico en ancianos residentes en la comunidad. *JAMA* (ed. esp.) 1999; 8: 6-13.
13. Covinsky K, Fortinsky R, Palmer R, Kresevic D, Landefeld S. Relation between symptoms of depression and health status outcomes in acutely ill hospitalized older persons. *Ann Intern Med* 1997; 126: 417-425.
14. Del Moral E, Puigdemont D, Serrano D, Pérez J. Depresión en el anciano. *Epidemiología, clínica y diagnóstico*. Jano 1995; 49: 871-876.
15. Giralt JM, Busquets E, Pérez FA, López A, Días N, Osorio Y. Educación médica continuada en atención primaria 7. Tema monográfico. *Depresión*. Jano 1999; 56: 695-738.
16. Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37 Suppl 2:12-36.
- 17 World Health Organization. Informe de Salud Mental en el Mundo 2001. Capítulo 1 [citado 2 Nov 2005]: Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index3.html>
18. Blazer DG. Depresión. En: Beers M.H, Berkow R, editores. *Manual Merck de Geriatria*. Madrid: Harcourt [edición electrónica] 2001 [citado 4 Ene 2005]: Disponible en: http://www2.univadis.net/opencms/opencms/publicaciones/manuales/5/4/Cap_033
19. Andraca F. Suicidio en adultos mayores: generalidades. *Geriatrka*. 1998;14:17-23.
20. Torres RM, Vázquez O. Aspectos epidemiológicos de la depresión en el anciano. En: *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, editor. *Depresión en el anciano*. Barcelona: Editorial Glosa; 2002. p. 23-6.
21. García Solano F. Midiendo la prevalencia de la depresión. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:127-30.
22. Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1182-9.
23. Charney DS, Reynolds CF, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, et al. Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:664-72.
24. Herrera Tejedor J. La depresión en el anciano. *Aten Primaria*. 2000;26:339-46.

25. Saz P, Dewey ME. Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;19:622-30.
26. Hughes D, Morris S, McGuire A. The cost of depression in the elderly. Effects of drug therapy. *Drugs Aging*. 1997;10:59-68.
27. Charlton BG, Mckenzie K. Treating unhappiness-society needs palliative psychopharmacology. *Br J Psychiatry*. 2004; 185:194-5.
28. Sapurido XL, Gómez DE, Pulido MT. Procedimientos de evaluación psicológica de la depresión en la vejez. *Geriatría*. 1999;15:349-57.
29. Sheik JL, Yesavage JA. Geriatric depression scales: recent evidence and development of a shorter version. *Clin Geront*. 1986;5:165-73.
30. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto, Irigoyen-Coria. La depresión en el adulto mayor una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, 2012 Vol.14 (1) 5-13
31. Dinamarca JL. De la inmovilidad a la dismovilidad en geriatría. Ediciones de la Sociedad Chilena de Psicogeriatría. Tercera edición 2008.
32. Unützer J, Late-Life Depression. *N Engl J Med* 2007; 357: 2269-76.
33. Klap R, Unroe KT, Unützer J. Caring for mental illness in the United States: a focus on older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11: 517-24.
34. Weil K. Psicogeriatría. En Florenzano R., Carvajal C., Weil K. Editores. *Psiquiatría*, Ed. Mediterráneo. 2008.
35. Sarkisian Ca, Lee-Henderson MH, Mangione CM. Do depressed older adults who attribute depression to "old age" believe it is important to seek care? *J Gen Intern Med* 2003; 18: 1001-5.
36. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *JAMA* 1997; 278: 1186-90.
37. National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Rockville MD: Public Health Service, 2001.
38. D'Hyever C, Gutiérrez Robledo LM. Geriatría. México: El Manual Moderno, 2006.
39. Martínez M, Martínez O, Verónica A, Esquivel M, Velasco R. Víctor M. Prevalencia de Depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social* 2007; 45 (1): 21-28.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Prevalencia de depresión en adulto mayor en la UMF 4, IMSS, CdMx, Delegación Sur IMSS"
Patrocinador externo (si aplica):	NO aplica.
Lugar y fecha:	El presente estudio se desarrollara durante los meses de octubre de 2016 a febrero de 2017 en UMF 4 IMSS.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Describir la Prevalencia de depresión en adulto mayor en la UMF 4, IMSS, CdMx, Delegación Sur IMSS
Procedimientos:	Encuesta y pruebas diagnósticas.
Posibles riesgos y molestias:	Es una encuesta estructurada que no toca temas sensibles para la población y no se realizaran procedimientos invasivos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los resultados del estudio, servirán para generar evidencia sobre las necesidades de salud de la población, identificando su nivel de calidad de vida y en consecuencia realizar acciones para la rehabilitación de su hipoacusia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todo paciente que sea detectado con hipoacusia será manejado de forma integral, para su atención en la especialidad correspondiente.
Participación o retiro:	El paciente tiene el derecho de participar en el estudio o decidir retirarse de él, en cualquier momento durante la investigación.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos aportados por el paciente serán manejados con confidencialidad y únicamente serán utilizados para los fines de esta investigación.

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

No autoriza que se tome la muestra.

Sí autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Sí autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):
Beneficios al término del estudio:

Al término del estudio, la población derechohabiente se beneficiará con la intervención de políticas de salud institucionales dirigidas a las necesidades de salud detectadas

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Ana Elizabeth Delgado López, adscrita a UMF4, correoely_moon1@hotmail.com.mx.
Tel: 57686000

Colaboradores:

Dr. Roberto A. Olivares Santos adscrito Jefatura de Enseñanza e Investigación HP/UMF 10, correo roberto.olivares@imss.gob.mx tel: (55) 26990502

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Dra. Ana Elizabeth Delgado López
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

ANEXOS.

Cronograma de actividades

Actividades	Marzo 2016	Abril 2016	Mayo 2016	Junio 2016	Julio 2016	Agosto 2016	Sep. 2016	Oct. 2016	Nov. 2016	Dic. 2016
Planteamiento del problema y marco teórico.	X Realizado	X Realizado	X Realizado							
Hipótesis y variable			X Realizado							
Objetivos			Realizado							
Calculo de muestra			Realizado							
Hoja de registro			Realizado							
Presentación ante el comité				Realizado						
Aplicación de cuestionario	2017	2017						De Octubre 2016 a Enero 2017		
Análisis de resultados			2017							
Elaboración de conclusiones								2017	2017	2017
Presentación de tesis						2018	2018			

Realizado 

Programado 

40. Sosa Ortiz AL. Depresión, En: Rodríguez R., Morales J, Encinas Trujillo, D'Hyver C. Geriatria. México: McGraw Hill Interamericana, 2005. pp. 216 - 223, 323 - 325.
41. Salgado A. Conceptos Valoración Geriátrica. En: Salgado A., Guillen F. El Manual de Geriatria. México. Salvat editores. 1992: 32-7.
42. Bello M, Puentes RE. Medina M. Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública de México. 2005; 47. Suplemento 1
43. Raj A. Depression in the elderly. J Postgrad Med 2004;115(6):26-42
44. Martínez M, Martínez O, Verónica A, Esquivel M, Velasco R. Víctor M. Prevalencia de Depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2007; 45 (1): 21-28.
45. Sosa Ortiz AL. Depresión, En: Rodríguez R., Morales J, Encinas Trujillo, D'Hyver C. Geriatria. México: McGraw Hill Interamericana, 2005. pp. 216 - 223, 323 - 325
46. Bello M, Puentes RE. Medina M. Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública de México. 2005; 47. Suplemento 1.
47. Recognition and initial assessment of Alzheimer's disease and related dementias: Clinical Practice Guideline. Washington D.C. US: Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research, 2007.
48. Folstein MF, Folstein SE, Mc High PR. Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. J Psychiatr Res 2005;12:189-98.
- 49.- Simón Barquera, Ismael Campos-Nonato, Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. salud pública de méxico / vol. 55, suplemento 2 de 2013.

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

20:3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: (anexo 3)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**

“Prevalencia de depresión en adulto mayor en la UMF 4, IMSS, CdMx, Delegación Sur IMSS”

Hoja 1

INSTRUMENTO.					
Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:(CRITERIOS DE INCLUSION)					
1. Paciente masculino o femenino					No llenar
2. Derechohabiente de la Unidad de Medicina familiar número 4 IMSS					
Con edad mayores de 65 AÑOS.					
3. Acepte participar en el estudio después de solicitarle consentimiento informado verbal.					
1	FOLIO _____				_ _ _
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____				_ _ _
3	Nombre: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) </div>				
4	NSS: _____	5	Teléfono _____		_ _ _ _ _ _ _ _
6	Turno: 1.Matutino () 2.Vespertino ()				_
7	Número de Consultorio: ()				_
8	Edad: _____ años cumplidos	9	Sexo: 1.-Masculino () 2.- Femenino ()		_ _ _ / _
10	ESTADO CIVIL. 1.Soltero () 2.Casado () 3.Divorciado () 4.Viudo(a) () 5.Unión libre ()				_
11	ESCOLARIDAD 1.-Primaria incompleta () 2.-Primaria completa () 3.- Secundaria () 4.-Preparatoria () 5.-Licenciatura () 6.-Postgrado ()				_
12	PESO: _____ kgs	13	TALLA _____ cms	14	IMC peso/talla² _____
15	¿Cuál es el estado nutricional del paciente según su IMC? 1= desnutrición 2= normal. 3= sobrepeso. 4=Obesidad GI 5=Obesidad GII 6=Obesidad GIII				_

16	¿Está satisfecho con su vida? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
17	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
18	¿Siente que su vida está vacía? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
19	¿Se encuentra a menudo aburrido? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
20	¿Tiene usted mucha fe en el futuro? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
	¿Tiene pensamientos que le molestan? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
20	¿Está la mayor parte del tiempo de buen humor? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
21	¿Teme que le pase algo malo? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
22	¿Se siente feliz muchas veces? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
23	¿Se siente a menudo impotente? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
24	¿Se siente a menudo intranquilo? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
25	¿Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
26	¿Se preocupa usted a menudo sobre el futuro? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
27	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
28	¿Cree que es maravilloso estar viviendo? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
29	¿Se siente a menudo triste? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
30	¿Se siente usted inútil? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
31	¿Se preocupa mucho sobre el pasado? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
32	¿Cree que la vida es muy interesante? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
33	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
34	¿Se siente lleno de energía? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
35	¿Se siente usted sin esperanza? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
36	¿Cree que los demás tienen más suerte que usted? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
37	¿Se siente usted muy nervioso por cosas pequeñas? Sí No	<input type="checkbox"/>
38	¿Siente a menudo ganas de llorar? Sí No	<input type="checkbox"/>
39	¿Es difícil para usted concentrarse? Sí No	<input type="checkbox"/>
40	¿Está contento de levantarse por la mañana? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
41	¿Prefiere evitar grupos de gente? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
42	¿Es fácil para usted tomar decisiones? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>
43	¿Está su mente tan clara como antes? 1=Sí () 2=No ()	<input type="checkbox"/>

De acuerdo al puntaje obtenido el paciente se encuentra en 0-10 normal, de 11-15 depresión leve, y más de 15 depresión establecida.

U