



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL EN TAMAULIPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UMAA No. 76
NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS

**GRADO DE DEPRESION Y CICLO VITAL EN EL ADULTO MAYOR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 76.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. DAVID FELIX ALVAREZ.

NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS.

JUNIO 2019

No. Registro: CLIES R-2017-1912-93



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**GRADO DE DEPRESION Y CICLO VITAL EN EL ADULTO MAYOR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 76.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. DAVID FELIX ALVAREZ.

AUTORIZACIONES:

DR. ROGELIO FLORES VILLAREAL

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UMAA No.76

DRA. CYNTHIA MAGALI RANGEL MEDINA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UMAA No. 76

ASESOR DE TESIS

DRA. CYNTHIA MAGALI RANGEL MEDINA

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION

EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

UMF CON UMAA No.76

NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS.

JUNIO 2019.

**GRADO DE DEPRESION Y CICLO VITAL EN EL ADULTO MAYOR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 76.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. DAVID FELIX ALVAREZ

AUTORIZACIONES:

DR. JUAN JOSE MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

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

DR. ISAÍAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1912** con número de registro **17 CI 19 046 129** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 6, NUEVO LEGN

FECHA **09/11/2017**

DR. DAVID FELIX ALVAREZ

P R E S E N T E

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

Grado de Depresión y Ciclo Vital en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No. 76

que 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-2017-1912-93

ATENTAMENTE

DR. (A). CARLOS ALEJANDRO DELGADO CORTEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1912

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÍNDICE

1.- Resumen.....	7
2.- Marco teórico.....	9
3.- Justificación.....	14
4.- Planteamiento del problema.....	15
5.- Objetivos.....	16
6.- Hipótesis.....	17
7.- Material y Métodos.....	18
I) Diseño.....	18
II) Población de Estudio.....	18
III) Criterios de Selección.....	18
IV) Muestra.....	19
V) Variables.....	21
VI) Instrumento de Recolección.....	24
VII) Procedimientos.....	26
VIII) Plan De Análisis.....	27
8.- Aspectos Éticos.....	29
9.- Productos Esperados.....	30
10.- Recursos, Financiamiento y Factibilidad.....	31
I) Recursos Humanos.....	31
II) Recursos Físicos.....	31
III) Recursos Materiales.....	31
IV) Financiamiento.....	31
V) Factibilidad.....	31
VI) Desglose de Recursos Materiales.....	32
11.- Cronograma de Actividades.....	33
12.- Flujograma de Actividades.....	34
13.- Resultados.....	35
14.- Discusión.....	41
15.- Conclusión.....	42

16.- Referencia Bibliográfica.....	43
17.- Anexos.....	47

1.- RESUMEN.

TITULO: Grado de Depresión y Ciclo Vital en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No. 76.

ANTECEDENTES: Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU). La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, en varios países latinoamericanos y en México, la proporción de los adultos mayores se ha incrementado. El adulto mayor pasa por una etapa en la que los proyectos de vida se han consumado, es vulnerable en esta etapa; el síndrome del nido vacío, las relaciones familiares pobres, la escasez de relación con los hijos, la muerte del cónyuge, la jubilación, la pérdida de los roles sociales, representan un importante motivo de baja autoestima y depresión en esta etapa. En la fase final del ciclo vital llamada de contracción y disolución, la depresión es el trastorno afectivo más frecuente, se considera un problema de salud pública, y el Médico Familiar juega un papel muy importante en el diagnóstico, tratamiento y en especial la prevención de la depresión del adulto mayor a nivel de la atención primaria.

OBJETIVO GENERAL: Determinar el grado de depresión y el ciclo vital en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar no. 76

MATERIAL Y METODOS: Se trata de un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. La población estará conformada por adultos mayores que acudan a la consulta externa de la UMF No. 76 y que acepten participar en el estudio.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: Para la realización de este proyecto se utilizaron los recursos propios del investigador, además de la infraestructura de la Institución.

RESULTADOS: De una muestra de 369 Adultos Mayores entre 65 y 75 años de edad de un total de 3,100 adscritos a la UMF No.76, en relación con el género encontramos que el 50.64% corresponde a género femenino, en cuanto al grupo

de pacientes que se encuentra desempleados o activos laboralmente, en primer lugar está el grupo de desempleados siendo el 66.88%, el nivel de estudio académico o escolaridad con que cuenta la mayoría de los pacientes es primaria terminada 56.49%, el estado civil con mayor frecuencia que observamos es el de casado en un 68.83%, el ciclo vital en el que se encuentran la mayoría de los pacientes encuestados es la etapa de retiro y muerte 88.31%, de acuerdo a los grados de depresión que se obtuvieron encontramos que el 39.61% corresponde al grupo de clasificación sin depresión.

DISCUSION:

En el estudio realizado se puede apreciar la importancia de diagnosticar La Depresión en el Adulto Mayor, como principal padecimiento en esta etapa del ciclo vital de retiro y muerte, la cual desafortunadamente se ha mantenido sub-diagnosticada y esto no permite a los profesionales de la salud, intervenir de manera integral y oportuna en su salud mental, para darle el manejo adecuado y ayudar al mejoramiento de su vida familiar y prevenir la presencia de complicaciones.

CONCLUSIÓN:

En este estudio se encontró que la depresión, es una enfermedad que se manifiesta mayormente en la etapa del ciclo vital de retiro y muerte y sigue siendo de mayor incidencia en el sexo femenino, en personas desempleadas, además son más vulnerables con nivel de escolaridad bajo y personas casadas, por lo cual intervenir en este grupo etario es gran importancia para prevenir y evitar complicaciones en su salud mental.

2.- MARCO TEORICO.

Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona, durante esta fase el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados, y de 60 para los países en desarrollo como México,² criterio también utilizado por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y otras instancias como la Secretaría de Salud.³

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.¹

En las últimas décadas se ha incrementado en varios países latinoamericanos la proporción de los adultos mayores. En México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2000), para el año 2050 se tendrá una población total de 132 millones de habitantes, de quienes 12.5 millones corresponderán al grupo de 60 años y más.^{2,4}

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Se trata de un grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas.¹

La inversión de la pirámide poblacional a nivel mundial, sustenta la importancia del abordaje interdisciplinario y la valoración integral del adulto mayor, lo cual implica

evaluarlo desde los aspectos físico, funcional, mental y social, con el propósito de identificar tempranamente modificaciones y alteraciones en su estado de salud.⁵

El adulto mayor es vulnerable en esta etapa, por ejemplo en el plano psicológico puede presentar baja autoestima, depresión, alcoholismo o ideas suicidas. La pérdida de la pareja aumenta la posibilidad de desencadenar trastornos psicopatológicos como la depresión. El síndrome del nido vacío, las relaciones familiares pobres, la escasez de relación con los hijos percibida por los ancianos, la muerte del cónyuge, la salida del mercado laboral, tras la jubilación, la presencia generalizada de necesidad de ser escuchado, pérdida de los roles sociales, sentimientos de aislamiento social, violencia psicológica, viudez, maltrato, problemas en la dinámica familiar, antecedentes familiares de depresión, personas sin apoyo social, representan un importante motivo de frustración en esta etapa.⁶⁻

8

Se entiende como ciclo vital familiar a un concepto ordenador, que intenta explicar la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Remite a un proceso por el cual transitan todas las familias, y que lleva a sortear una serie de crisis durante su desarrollo; en el curso de este desarrollo la familia suele pasar por transiciones predecibles: el matrimonio, el nacimiento del primer hijo, la escolaridad, la adolescencia, el ingreso de los hijos al ámbito laboral, la salida de los hijos del hogar, la jubilación y la viudez, a estas transiciones las denominamos ciclo vital familiar.^{9, 10}

A lo largo de la historia, la familia y el estudio de la misma ha tenido un papel fundamental tanto para sentar bases conceptuales como para delimitar el rol de sus miembros y responder a interrogantes sobre sus modos de permear el desarrollo de una sociedad y su constitución. La familia constituye un papel importante como primer agente socializador de los individuos.¹⁰

La fase final del ciclo vital llamada de contracción y disolución, se refiere a la adaptación de la pareja a su nueva situación en la que vuelven a estar solos, (etapa de nido vacío), como en sus comienzos, pero sin los estímulos de lucha de

aquella época y con un progresivo oscurecimiento de sus expectativas futuras, además de los problemas de la senectud, y la jubilación que suele presentarse en esta etapa, y las pérdidas importantes, como la disminución de ingresos, de compañeros y de ocupación. ¹¹⁻¹³

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, 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. A nivel de la atención primaria existe con frecuencia tanto el sub-diagnóstico 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. ^{14, 15}

La depresión es un síndrome clínico, con una elevada tendencia a la cronicidad, y a las recurrencias. Existe la idea, para algunos profesionales de la salud, de que la depresión es un hecho normal en el proceso de envejecimiento del ser humano. Es la causa más frecuente de sufrimiento emocional en el grupo de gente mayor, lo cual condiciona una disminución significativa de la calidad de vida en este grupo de edad. Por otro lado, la depresión en el adulto mayor, según la OMS, es la responsable (la cuarta causa en importancia) de una considerable carga global de discapacidad relacionada con la enfermedad. Su presencia en las consultas de atención primaria es muy notoria. Es la enfermedad mental más común en la gente mayor; la tercera causa más frecuente de consulta en este nivel asistencial; y el más común de los trastornos psicopatológicos en mayores de 60 años. ^{8, 13, 16}

El impacto de la depresión, colocan a este padecimiento, a la par de las enfermedades crónico degenerativas incapacitantes, como la diabetes, hipertensión arterial y la artritis reumatoide. ¹⁷

Actualmente la prevalencia de los episodios depresivos en México es del 7.8 % en adultos mayores. Por otro lado, dentro del ámbito hospitalario, en el Instituto Nacional de Nutrición, la frecuencia de síntomas depresivos rebasa el 30%. ¹⁴

La depresión es uno de los padecimientos Psicogeriátricos más frecuentes en Europa, Estados Unidos y en México, donde su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años.¹⁸

En la mayoría de los casos no es diagnosticada por la presentación atípica de la misma o por la falsa creencia de que forma parte del envejecimiento normal, puesto que en el adulto mayor la depresión se puede esconder en síntomas somáticos, como manifestaciones del síndrome depresivo o porque a causa de éste se acentúan los síntomas de otras enfermedades concomitantes.^{19, 20}

La presentación clínica habitual de la depresión en el adulto mayor tiende a ser menos ideacional y más somática. Un rasgo típico de la depresión, como es el humor deprimido, que pueden hallarse presentes en casi el 65% de los mayores con depresión.¹⁶ Por esta razón es importante identificar y comprender la sintomatología de la depresión, de tal manera que los síntomas se identifiquen con mayor precisión y así contrarrestar el posible sesgo de subdiagnosticar la depresión.²¹

El ser humano actual está enfrentado a la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad caracterizada por la alta competitividad, la necesidad de ser eficientes, la pérdida de valores morales y espirituales. Es probable, entonces, que la persona adulta mayor viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como una especie de marginación social. No es raro, por lo tanto, que algunas personas adultas mayores, sufran depresión en esta etapa de vida.²²

Actualmente se dispone de diversos instrumentos para el desarrollo de la vigilancia geriátrica integral, dependiendo el país, el nivel de atención y el tipo de intervención.²³

En los trastornos depresivos se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente obtenida de la entrevista clínica. Las escalas más utilizadas en los trabajos de investigación son: Beck Depression Inventory, Hamilton Rating Scale for Depression, Montgomery Asberg Depression Rating Scale.^{24, 25}

Es imposible entonces, negarse a reconocer la imperiosa necesidad de desarrollar la atención al anciano en sus múltiples y complejas facetas, para lo cual es imprescindible aceptar que para la medicina familiar, es una oportunidad que vinculada a las diferentes especialidades de la salud, como la psiquiatría, la psicología, la neurología y la medicina interna, favorezca la interacción oportuna desde que comienza el proceso involutivo. ⁷

3.- JUSTIFICACION.

Actualmente un asunto de gran interés en la consulta médica de atención primaria de la salud, es el aumento considerable de adultos mayores que presentan sintomatología asociada a algún grado de depresión, mencionando constantemente que han sido abandonados por sus hijos, o que han perdido una relación más apegada a sus hijos, tal vez, secundario a múltiples factores, como el crecimiento profesional de los hijos, el casamiento de los hijos y búsqueda de sus nuevas familias, y en algunos casos muerte de los mismos.

Esto, demográficamente, constituye un tema para la reflexión; ya que, progresivamente, la migración de los hijos de sus hogares, en busca de sus nuevas familias o crecimiento profesionalmente aumenta en grado importante la soledad de los padres, lo cual los conlleva a algún grado de depresión. Además de que las actividades en las que se veían envueltos los padres como el trabajo (jubilados), cuidado de sus hijos y responsabilidades empiezan a desaparecer. Aunque sin duda, que esto ocurra, para muchos no es un problema, sino una bendición.

De ahí que resulta conocer el comportamiento epidemiológico de la depresión en este grupo de población. Así mismo, determinar el ciclo vital en el cual se encuentra el adulto mayor. Ya que está demostrado que el convivir con más personas da como resultado que las enfermedades mentales aparezcan de forma más tardía en este grupo etario.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La tercera edad suele describirse como una época de descanso, reflexión y de oportunidades para hacer cosas que quedaron postergadas mientras uno criaba a los hijos y desarrollaba su carrera.

Lamentablemente, el proceso de envejecimiento no es siempre tan idílico. Acontecimientos de la tercera edad como, por ejemplo, los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos, y la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo.

Una persona de edad avanzada también puede sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como presiones externas como, por ejemplo, recursos financieros limitados. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía.

Si bien envejecer es una parte inevitable de la vida, la depresión no debe formar parte de ella. El reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento tempranos pueden contrarrestar y prevenir las consecuencias emocionales y físicas de la depresión.

Por ello realizamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de depresión y el ciclo vital en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No.76?

5.- OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de depresión y el ciclo vital en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar no. 76.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Determinar el grado de depresión en el adulto mayor.
- 2.- Determinar el ciclo vital en el que se encuentra el entrevistado.
- 3.- Identificar características sociodemográficas de la población de estudio.

Edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad.

6.- HIPOTESIS.

Por tratarse de un estudio de tipo observacional y descriptivo no es necesaria la hipótesis, pero se presenta la siguiente hipótesis de trabajo.

El 70 % de adultos mayores presentan depresión, siendo la depresión severa la que más se presenta.

7.- MATERIAL Y METODOS.

I) DISEÑO.

Se trató de un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. La población estuvo conformada por adultos mayores que acudieron a la consulta externa de la UMF No. 76 y que aceptaron participar en el estudio.

II) POBLACION EN ESTUDIO

Adulto mayor de 60 a 74 años de edad y que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

III) CRITERIOS DE SELECCION

a) CRITERIOS DE INCLUSION

- Adultos mayores de 60 a 74 años de edad.
- Saber leer y escribir
- Que acepten participar en el estudio.

b) CRITERIOS DE EXCLUSION

- Adultos menores de 60 años y mayores de 75 años.
- Ser analfabeta

c) CRITERIOS DE ELIMINACION

- Encuestas mal llenadas.

IV) MUESTRA

a) *Técnica muestral:*

a. Mediante muestreo probabilístico aleatorio simple.

b) *Cálculo del tamaño de la muestra:*

a. Población infinita

$$n = \frac{Z^2 P Q}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.40) (0.60)}{(0.05)^2}$$

$$n = 369$$

n: Tamaño de la muestra.

Z= nivel de confianza deseado (1.96)

P= proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia, calculamos que el 40% de los pacientes con depresión en el adulto mayor.

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

d= precisión absoluta (0.05)

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

- De acuerdo al último censo de población de la UMF/UMAA N°76, consta de 3100 derechohabientes de 60 a 74 años.
 - Tamaño del universo: 3100
 - Error máximo aceptable: 5%
 - Porcentaje estimado de la muestra: 70%
 - Nivel deseado de confianza: 95%
 - Tamaño de la muestra: 154

***Programa Estadístico STASTM v2.**

V) VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE: Adulto mayor.

TIPO DE VARIABLE: Dependiente.

DEFINICION CONCEPTUAL: Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

DEFINICION OPERACIONAL: Derechohabiente que se encuentre entre los 60 a 74 años.

ESCALA DE MEDICION: Categórica, Nominal.

FUENTE DE INFORMACION: Interrogatorio directo.

NOMBRE DE LA VARIABLE: Depresión.

TIPO DE VARIABLE: Independiente.

DEFINICION CONCEPTUAL: Es un trastorno mental caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

DEFINICION OPERACIONAL: Término utilizado para los pacientes con sentimientos de tristeza, pérdida de interés, entre otros y que se obtiene mediante la aplicación de un instrumento.

ESCALA DE MEDICION: Categórica ordinal.

- No deprimido: 0-7.
- Depresión ligera/menor: 8-13.
- Depresión moderada: 14-18.
- Depresión severa: 19-22.
- Depresión muy severa: >23.

FUENTE DE INFORMACION: Escala de valoración de Hamilton.

NOMBRE DE LA VARIABLE: Ciclo Vital.

TIPO DE VARIABLE: Independiente.

DEFINICION CONCEPTUAL: Ciclo Vital de la Familia, es la secuencia de estadios por los que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución.

DEFINICION OPERACIONAL: Etapa de la familia en la cual se encuentra al momento del estudio la persona encuestada de acuerdo con Geyman.

ESCALA DE MEDICION: Categórica nominal.

- Fase de Matrimonio: Se inicia con el vínculo matrimonial, hasta la llegada del primer hijo.
- Fase de Expansión: Momento en el que se incorporan nuevos miembros a la familia.
- Fase de Dispersión: Corresponde a partir de la edad escolar de los hijos hasta el inicio de la adolescencia.
- Fase de Independencia: Etapa en la que los hijos de mayor edad se casan y forman nuevas familias.
- Fase de Retiro y muerte: Etapa en la que se enfrentan nuevos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez.

FUENTE DE INFORMACION: Interrogatorio directo.

NOMBRE DE LA VARIABLE: Edad.

TIPO DE VARIABLE: Sociodemográfica.

DEFINICION CONCEPTUAL: Se refiere a la propiedad característica de los seres humanos de acumular tiempo de vida en forma progresiva, irreversible y constante, susceptible de ser medida por acuerdo internacional.

DEFINICION OPERACIONAL: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio.

ESCALA DE MEDICION: Cuantitativa discreta en años. 65 - 74 años

FUENTE DE INFORMACION: Directamente del sujeto de estudio.

NOMBRE DE LA VARIABLE: Sexo.
TIPO DE VARIABLE: Sociodemográfica.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: hombre o mujer.
DEFINICIÓN OPERACIONAL: Características fenotípicas que diferencian a un hombre de una mujer al momento del interrogatorio.
ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativa Nominal. Masculino o Femenino.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Directamente del sujeto de estudio.

NOMBRE DE LA VARIABLE: Ocupación.
TIPO DE VARIABLE: Sociodemográfica.
DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Sinónimo de trabajo o labor que realiza el sujeto entrevistado.
DEFINICIÓN OPERACIONAL: Ocupación del individuo al momento del estudio.
ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativa Nominal. Empleado o desempleado.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Directamente del sujeto de estudio.

NOMBRE DE VARIABLE: Escolaridad
TIPO DE VARIABLE: Control
DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Se refiere al grado de educación máximo alcanzado por el sujeto de estudio, independientemente del sitio donde fue adquirida y tipo de la misma.
DEFINICIÓN OPERACIONAL: Número de años académicos al momento del estudio.
ESCALA DE MEDICIÓN: Cualitativa ordinal.
a. Primaria completa o incompleta.
b. Secundaria completa o incompleta.
c. Preparatoria o bachillerato completo o incompleto.
d. Profesional o técnico: Que haya obtenido documento que acredite.
FUENTE DE INFORMACIÓN: Directamente del sujeto de estudio.

VI) INSTRUMENTOS DE RECOLECCION.

Para esta investigación se elaboró una cédula de recolección de información para obtener los siguientes datos sociodemográficos: Edad, Sexo, ocupación y escolaridad. (Ver anexo 1)

Además, se utilizó un instrumento ya establecido llamado: Escala de valoración de Hamilton para evaluar depresión. Esta es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala, se realizó en 1986 por Ramos - Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido:	0-7.
Depresión ligera/menor:	8-13.
Depresión moderada:	14-18.
Depresión severa:	19-22.
Depresión muy severa:	>23.

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo. (Ver anexo 2).

VII) PROCEDIMIENTOS.

Posteriormente a su aceptación por el comité local de investigación, se solicitó la autorización correspondiente a la dirección de la Unidad de Medicina Familiar No. 76, se acudió a la consulta externa de Medicina Familiar, se hizo la invitación a participar a pacientes, a los cuales se les pidió que firmarán el consentimiento informado, y se procedió a la aplicación de los instrumentos.

VIII) PLAN DE ANALISIS.

En este estudio se recolectaron los resultados obtenidos, se analizaron y se capturaron en el programa Microsoft Excel 2010.

Se utilizó estadística descriptiva para variables categóricas a través de proporción o tasas; para variables no categóricas a través de media, moda y mediana.

Se presentaron los resultados en porcentajes, tablas, cuadros y figuras.

Se calcularon frecuencias.

PLAN DETALLADO

- a. Se conceptualizó la idea original, se desarrolló el protocolo y fue evaluado por el Comité local de investigación en salud previo registro.
- b. Posterior a su aceptación se inició el estudio, y se efectuaron reuniones periódicas con el grupo de investigación.
- c. Se revisaron los registros clínicos y se ordenaron cronológicamente, se elaboró la planeación de la investigación y se realizaron acuerdos con el equipo de investigación.
- d. Durante la realización del trabajo el protocolo fue revisado, supervisado y calificado por el asesor de tesis periódicamente.
- e. Fue necesario elegir un programa de archivo electrónico digital de computación para análisis de la información.
- f. La información fue almacenada en una base de datos.
- g. Se revisaron los resultados en la base de datos.
- h. Cada mes se efectuó un análisis parcial de los resultados.
- i. Se evaluó el proyecto y estado de los datos analizados
- j. Se analizó estadísticamente los datos.
- k. Se realizó la elaboración de tablas, cuadros y resumen de los resultados del proyecto.
- l. Se presentaron los resultados ante el equipo de trabajo y autoridades del hospital.

8.- ASPECTOS ETICOS.

El proyecto se condujo de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Declaración de Helsinki de la Asociación Mundial de Médicos en junio de 1964, cuyos contenidos fueron actualizados en la 64ª Asamblea General en Fortaleza Brasil en octubre de 2013.

En el Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de experimentación en seres humanos y en el Instructivo para la Operación de la Comisión de Investigación del I.M.S.S.

Este estudio se ajustó a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo tanto, se realizó hasta que fue aprobado por el Comité Local de Investigación.

Consentimiento informado: Fue indispensable el consentimiento informado por escrito para cada paciente. (Ver anexo 3).

9. PRODUCTOS ESPERADOS

- Tesis de grado.
- Diagnóstico situacional.
- Presentación de resultados.
- Artículo científico.

10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

I) Recursos Humanos: constó de un investigador responsable apoyado y bajo la tutela de un asesor, con el apoyo de personas adultos mayores derechohabientes de la UMF No.76, del IMSS de Nuevo Laredo, Tamaulipas. Investigador que se encargó de la recolección, análisis y presentación de los datos obtenidos.

II) Físicos: Se utilizaron recursos y materiales propios del investigador y las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 76 del IMSS. Donde se llevó a cabo la aplicación de cuestionarios y obtención de los datos.

III) Materiales: Hojas de papel, computadora laptop, programas de computación Word, Excel y Power Point, cajas de lápices con borrador, caja de bolígrafos, calculadora, internet, tablas de madera, copias, tarjetas rayadas para ficha bibliográfica, impresiones, impresora, tintas para impresora, internet, goma para borrar y Tablas de madera.

IV) Financiamiento:

El financiamiento y los recursos económicos estuvieron a cargo del investigador.

V) Factibilidad:

Fue factible ya que no se necesitó del uso de tecnología sofisticada para su realización.

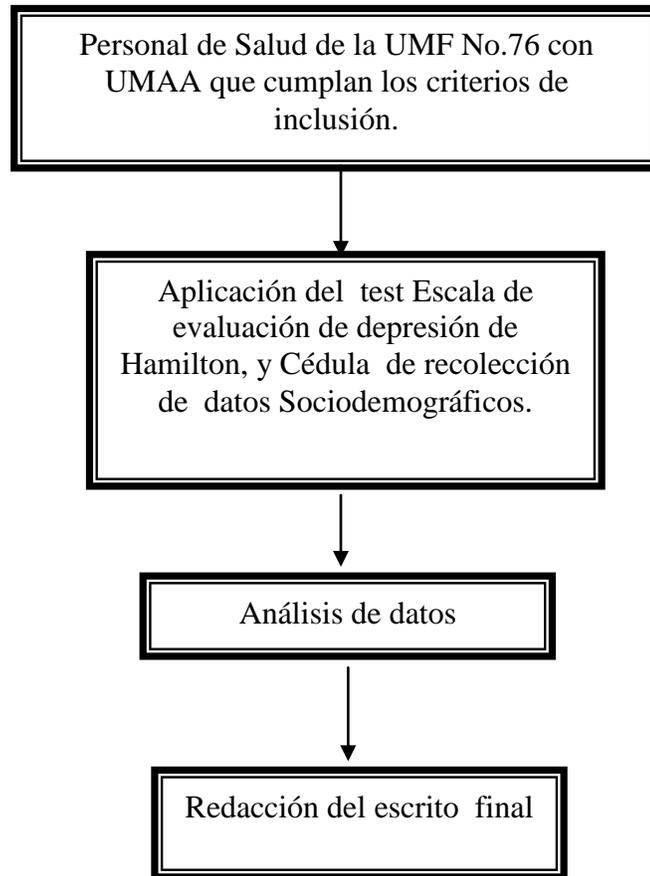
VI) Desglose de Recursos Materiales:

a. 900 Hojas blancas	\$ 420.00
b. 900 Copias	\$ 900.00
c. 100 Tarjetas rayadas para ficha bibliográfica	\$ 100.00
d. 900 Impresiones	\$ 1,800.00
e. 1 Caja de lápices	\$ 45.00
f. 2 Caja de bolígrafos	\$ 65.00
g. 1 computadora	\$ 10,500.00
h. 1 impresora	\$ 1,800.00
i. 1 calculadora	\$ 135.00
j. 3 tintas para impresora	\$ 950.00
k. Internet	\$ 1150.00
l. 2. Goma para borrar	\$ 20.00
m. 2. Tablas de madera	\$ 100.00
Total:	\$ 17,985.00

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2017					2018					2019						
	Marzo - Abril	Mayo - Junio	Julio - Agosto	Sept. - Octubre	Nov. - Diciembre	Enero - Febrero	Marzo - Abril	Mayo - Junio	Julio - Agosto	Sept. - Octubre	Nov. - Diciembre	Enero - Febrero	Marzo - Abril	Mayo - Junio	Julio - Agosto	Sept. Octubre	Noviembre
Elaboración del Protocolo	X	X	X	X	X												
Registro del protocolo ante el Comité de Investigación Local				X													
Recopilación de información						X	X	X									
Protocolo autorizado por el CLIS. Entrega del dictamen al CES					X												
Elaboración de base de datos								X									
Análisis de datos									X								
Interpretación de resultados y conclusiones									X	X							
Redacción de la tesis										X	X						
Envío de la tesis a la UNAM													X				
Aceptación de tesis por la Universidad														X			

12. FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES

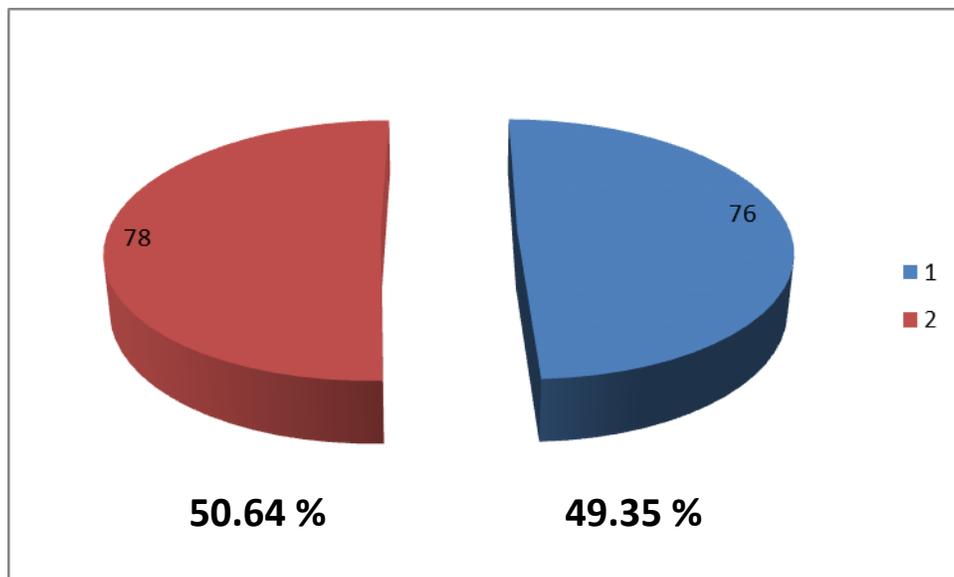


RESULTADOS

De acuerdo con el cálculo del tamaño de la muestra la población estuvo conformada por 369 pacientes Adultos mayores entre 65 y 75 años de edad, de un total de 3,100 adscritos a la UMF No. 76.

En relación con el género encontramos que el 50.64 % corresponde al Femenino con un total de 78, y un 49.35 % al Masculino con 76 (Gráfica 1).

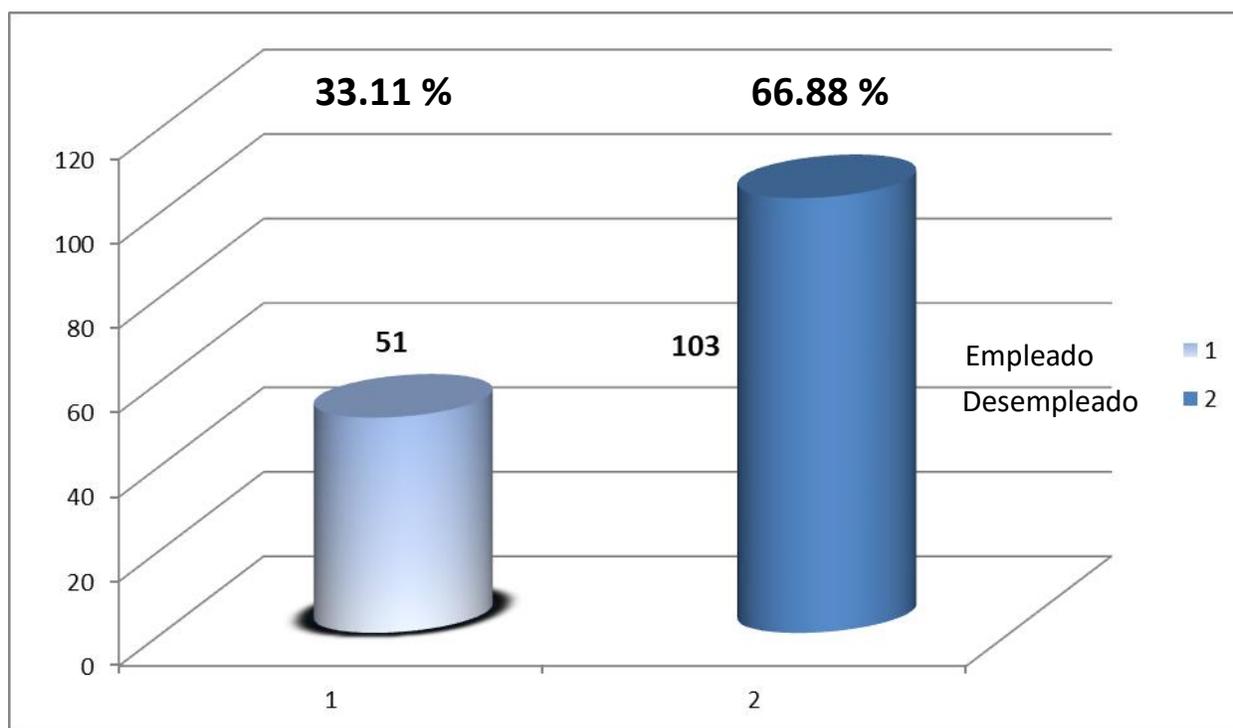
Gráfica 1. Pacientes encuestados por género.



Fuente: Cédula de recolección de datos sociodemográficos

En cuanto al grupo de pacientes que se encuentran desempleados o activos laboralmente, en primer lugar está el grupo de desempleados que son 103 personas, siendo el 66.88 %, y en segundo lugar el grupo de empleados que son 51 pacientes encuestados, ocupando el 33.11 %. (Gráfica 2).

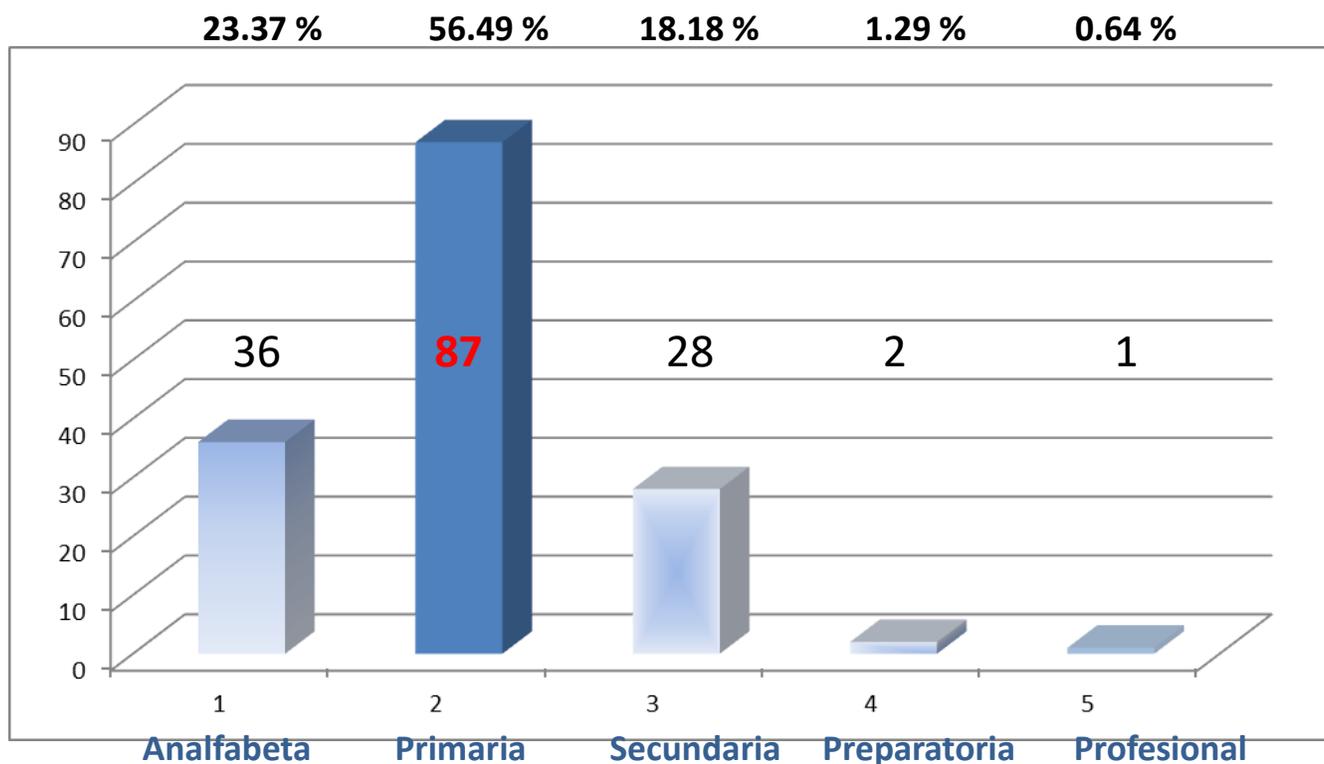
Gráfica 2. Pacientes encuestados de acuerdo a Ocupación.



Fuente: Cédula de recolección de datos sociodemográficos

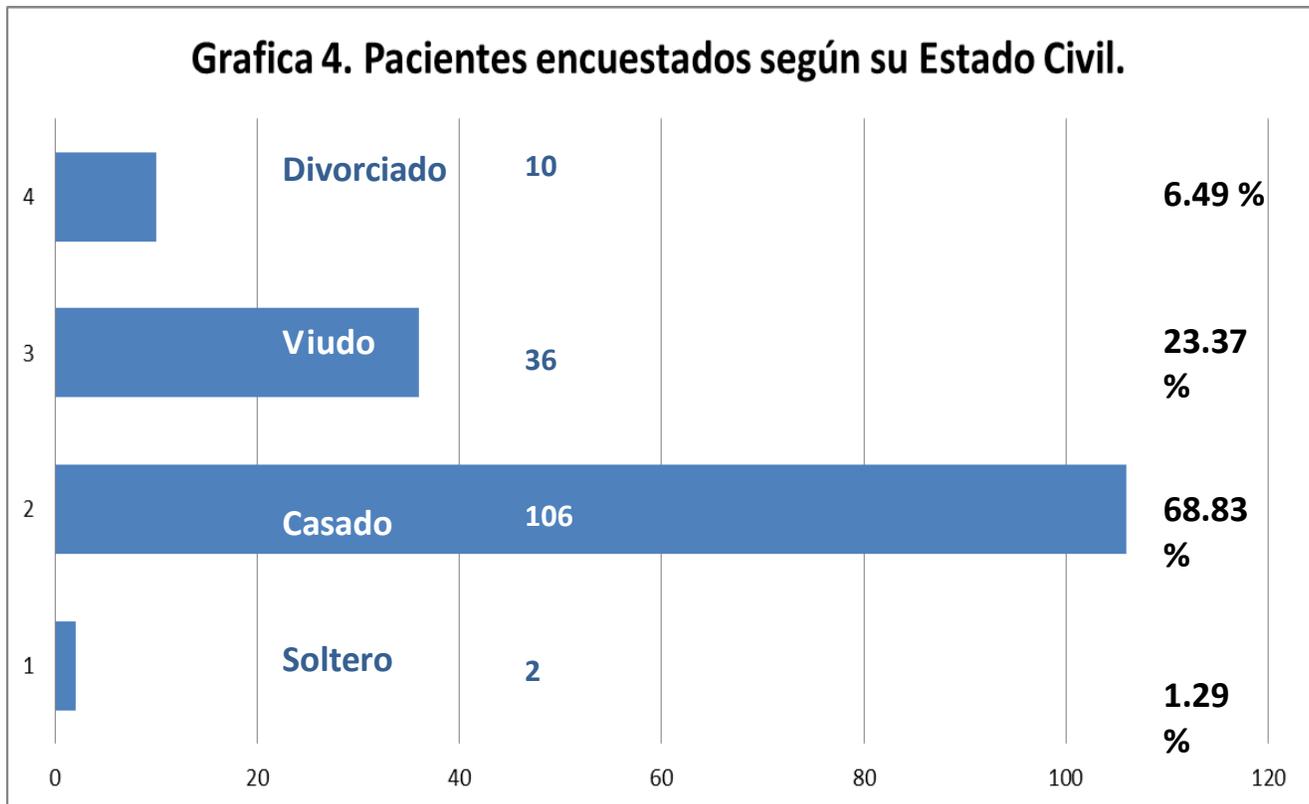
El nivel de estudio académico o escolaridad con que cuenta la mayoría de los pacientes es primaria terminada con 87 pacientes, siendo el (56.49 %), seguido de personas que no alcanzaron ningún grado de estudios o analfabetas, con 36 pacientes (23.37 %), educación secundaria con 28 pacientes (18.18 %), preparatoria 2 pacientes (1.29 %), y nivel superior 1 (0.64 %). (Gráfica 3).

Gráfica 3. Pacientes de acuerdo a su Escolaridad



Fuente: Cédula de recolección de datos sociodemográficos

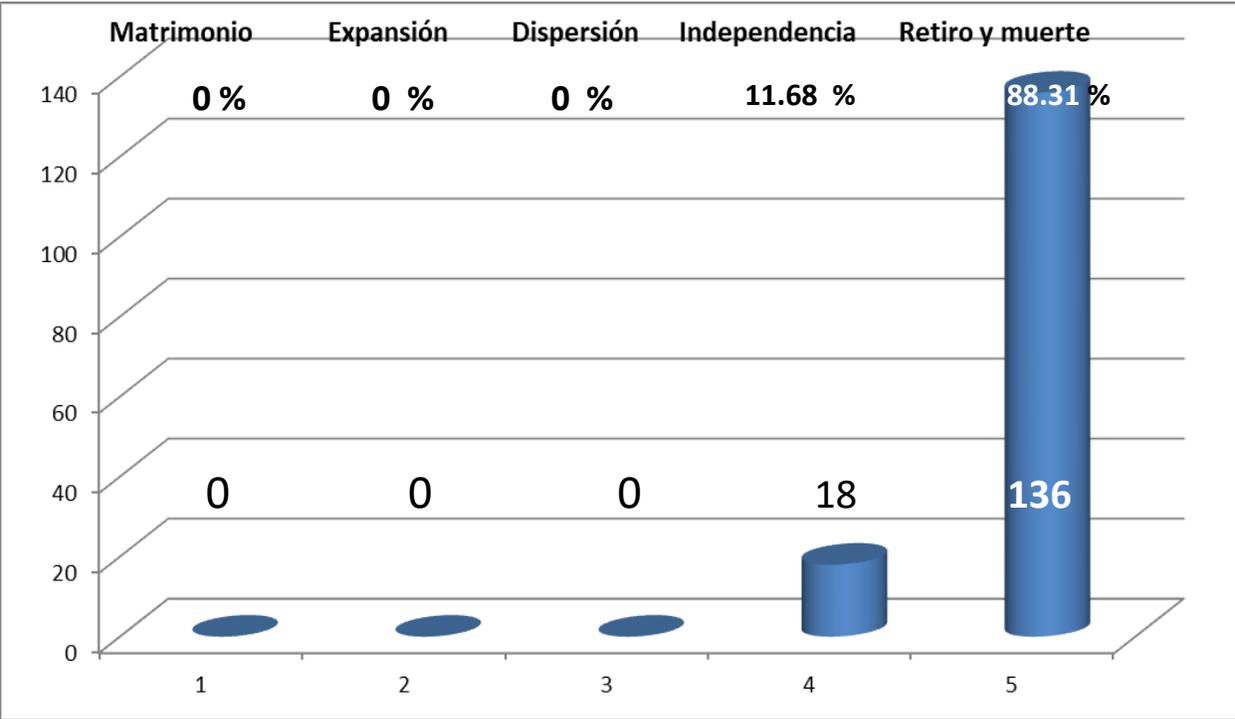
El estado civil con mayor frecuencia que observamos es el de casado, con 106 pacientes, lo que equivale a un 68.83% del total de los pacientes encuestados, seguido por Viudo con 36 pacientes que equivalen al 23.37%, divorciado con 10 pacientes que equivalen al 6.49%, y por último soltero con 2 pacientes únicamente el cual equivale al 1.29%. (Gráfica 4).



Fuente: Cédula de recolección de datos sociodemográficos

El ciclo vital en el que se encuentran la mayoría de los pacientes encuestados es la etapa de retiro y muerte con un total de 136 pacientes encuestados, siendo el 88.31%, seguido por ciclo de independencia, siendo el 11.68%, presentando el resto de las etapas sin ningún paciente. (Gráfica 5).

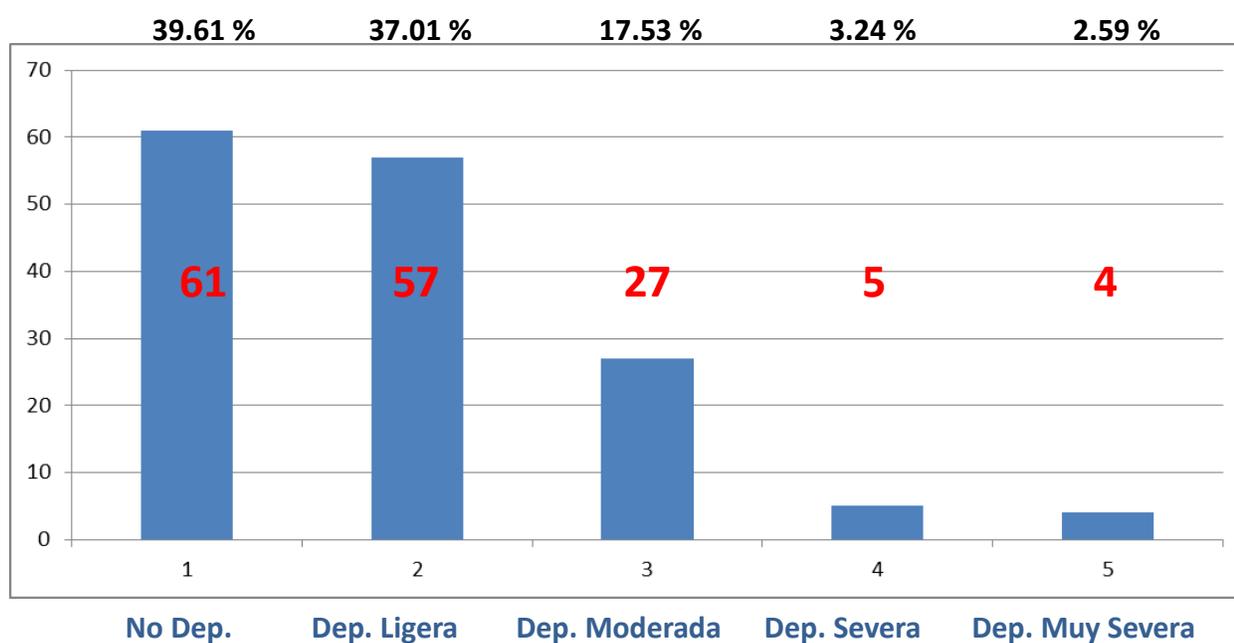
Gráfica 5. Pacientes encuestados según su Ciclo Vital.



Fuente: Cédula de recolección de datos sociodemográficos.

De acuerdo a los grados de depresión que se obtuvieron encontramos que el 39.61 % corresponde al grupo de clasificación sin depresión, el 37.01 % a depresión ligera, el 17.53 % a depresión moderada, el 3.24% a depresión severa, y solo el 2.59 % corresponden a depresión muy severa (Gráfica 6).

Gráfica 6. Pacientes de acuerdo a su Grado de Depresión



Fuente: Cédula de recolección de datos sociodemográficos

DISCUSION

La Depresión en el Adulto Mayor representa uno de los principales padecimientos de en las personas en la etapa del ciclo vital de retiro y muerte, y en las últimas décadas se ha incrementado la proporción de los adultos mayores en nuestro país. Por lo cual esta entidad patológica desafortunadamente ha aumentado y se ha mantenido sub-diagnosticada, debido a que los profesionales de la salud atribuyen las conductas depresivas que muestran los adultos mayores, como algo aparentemente normal, dentro de las personas de su edad y ciclo vital, las cuales manifiestan cierto desinterés por la vida, y esto hace que no se tome en cuenta los riesgos que la depresión conlleva en su salud orgánica, la cual se asocia a otras enfermedades crónico-degenerativas y su falta de apego al tratamiento establecido, ya que por ser sub-diagnosticada no se le da el manejo y tratamiento adecuado.

En el presente estudio encontramos que los adultos mayores en etapa del ciclo vital de retiro y muerte son los más afectados con depresión, además el sexo femenino los más vulnerables, las personas casadas, con bajos recursos económicos y bajo nivel de escolaridad, el grado de depresión ligera fue la más representativa, por lo cual es importante intervenir en este grupo de personas para lograr revertir las complicaciones que esta ocasiona.

CONCLUSION.

La depresión, es una enfermedad que se manifiesta en cualquier etapa del ciclo vital, pero en este proyecto de investigación como parte de los resultados que se obtuvieron al término, se concluyó, que la depresión sigue siendo un padecimiento con alta incidencia, en la etapa del retiro y muerte en el adulto mayor, sigue siendo un factor muy importante para la falta de cuidado de la salud, apego a tratamiento y prevención de enfermedades crónico-degenerativas, además se concluyó, que el sexo femenino se encuentra ligeramente más afectado en relación al masculino, y de ocupación desempleado son los más vulnerables a padecer esta patología, además el nivel de escolaridad influye en su capacidad para enfrentar su situación social, los resultados en cuanto a su estado civil demostraron que en su gran mayoría los casados representan la mayor incidencia de depresión, y como conclusión en relación al ciclo vital las personas adultos mayores realmente son más susceptibles a presentar dicha patología con grado de depresión ligera, según el instrumento de evaluación aplicado.

Por lo cual es necesario que el equipo multidisciplinario de salud, conozca al respecto de este padecimiento en estos grupos de personas más susceptibles, para lograr identificar e intervenir de manera oportuna en la evolución de esta patología.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1.- Aplicación de actividades para mejorar el estado emocional de las personas de la tercera edad en el centro de atención integral del adulto mayor. Autor: Verdezoto Sancho Andrea Fernanda / tutora: Dra. Fonseca Díaz Grimaneza Miguelina msc. / Ambato – Ecuador. 2016.

2.- Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en Salud. Marcela Sanhueza Parra, Manuel Castro Salas y José M. Merino Escobar. Ciencia y Enfermería, Vol. XI, Núm. 2, Diciembre 2005. Pp. 17-21. Universidad de Concepción, Concepción Chile. www.redalyc.org/pdf/3704/3704417910004.pdf

3.- Situación de las personas adultas mayores en México / Instituto Nacional de las Mujeres / Feb. 2015.

4.- Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor / María Elena Flores Villavicencio, María Guadalupe Vega López, Guillermo Julián González Pérez / primera edición, 2011/ universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

5.- Valoración Integral del Adulto Mayor, a partir de escalas de medición / Fajardo Ramos, Enfermera mg educación profesora asociada FCS Universidad del Tolima. / Núñez Rodríguez, Enfermera MG educación profesora asociada FCS universidad del Tolima / Myriam Angélica Castiblanco, Enfermera MG en Enfermería Profesora Catedrática Universidad del Tolima / Revista Edu - Física grupo de investigación Edefísica.

6.- La soledad en el anciano, Martha Rodriguez Martin, postgrado en Enfermería Gerontológica y Geriátrica, Abril 2008. EUI Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu I Sant Pau (UAB). Tutora: Mercè Abades Porcel. Gerokomos 2009.

7.- Conceptualización de Ciclo Vital Familiar: Una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015* / Nadia Semenova Moratto Vásquez, Johanna Jazmín Zapata Posada, Tatiana. / Universidad CES, Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.

8.- Enfoque Familiar de los problemas psicosociales. Atención Longitudinal: Ciclo Vital Familiar. / I. De la Revilla Ahumada, I. Fleitas Cochoy.

9.- Relación de tipo y ciclo vital familiar con la presencia de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar / María Cuba-Fuentes, Zoila romero-albino, Yuri Cuellar - De la Cruz / *Rev. Med. Hered.* 2014.

10.- Ciclo Vital Familiar / Autor: Dr. Andrés O. Tomason.

12.- Guía de práctica clínica en el mayor desde la atención primaria. / Depresión en el mayor. / Manejo y prevención de la depresión en el mayor.

13.- Manual Diagnostico DSM IV TR.

14.- Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor, en el primer nivel de atención. / Actualización 2011.

15.- Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores / Amilcar Espinosa - Aguilar, Jorge Caraveo - Anduaga, Miguel Zamora - Olvera, Alicia Arronte - Rosales, Ernesto Krug - Llamas, Roberto Olivares - Santos, Hortensia Reyes - Morales, Mario Tapia - García, José García - González, Svetlana Doubova, Abel Peña - Valdovinos / *Salud Mental*, vol. 30, No. 6, Noviembre - Diciembre 2007.

16.- Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2012 / universidad del rosario universidad ces / Ricardo Aldana Olarte, Jaime Alberto Pedraza Marín. Tutor: Dr. Gabriel Ojeda / Mayo de 2012.

17.- Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M. – V.M.T. 2014” / Universidad Nacional Mayor de San Marcos, facultad de Medicina.

18.- Adulto Mayor: Una nueva etapa de vida. Guía de orientación para la comprensión y atención psicológica en la edad avanzada.

19.- Artículo de revisión, la depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Sotelo - Alonso I, Rojas - Soto Je, Sánchez Arenas C. Irigoyen Coria A: Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

21.- Instrumentos de evaluación de la depresión. / Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto.

22.- Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) / M. J. Purriños, Servizo de Epidemiología. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde / Hamilton, M. A Rating Scale for Depression. J. Neurol Neurosurg Psychiatry 1960 / Hamilton, M. Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness. Br J Soc Clin Psychol 1967.

23.- Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral / Roxana Gisela Cervantes Becerra B, Enrique Villarreal Riosa, Liliana Galicia Rodríguez, Emma Rosa Vargas Dazaa y Lidia Martínez González / *Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro, Querétaro, México*, 16 de Octubre de 2013-2014.

24.- Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor / Revista de ciencias médicas. La Habana. 2015 / Haydeé Mabel Llanes Torres, Yeleinis López Sepúlveda, Jorge Luis Vázquez Aguilar, Raúl Hernández Pérez.

25.- Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima / Orosco, Carlos / Enero - Diciembre, 2015, Universidad de Lima / disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147143428004> .

17. ANEXOS

Anexo 1. Cedula de recolección de datos.

No. _____

Para ser requisitado por el investigador.

a) Variables Sociodemográficas.

Edad: _____ en años.

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Ocupacion: Empleado: _____ Desempleado: _____

Escolaridad: _____

Estado Civil: Casado: _____ Soltero: _____ Viudo: _____ Divorciado: _____

b) Ciclo Vital

¿Actualmente con quien vive?

Solo: _____

Esposa (o): _____

Esposa (o) e Hijos: _____

Edad de sus Hijos: _____

¿Aún viven con usted? SI _____ NO _____

Corresponde a:

FASE DE MATRIMONIO _____

FASE DE EXPANSION _____

FASE DE DISPERSION _____

FASE DE INDEPENDENCIA _____

FASE DE RETIRO Y MUERTE _____

Anexo 2. Escala de evaluación de depresión de HAMILTON - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS).

INSTRUCCIONES: A continuación habrá una serie de enunciados acerca de su estado emocional y de sus sentimientos, le pedimos su colaboración respondiendo a ellos de manera adecuada, no se trata de que sean respuestas buenas o malas, solamente el sentimiento real de usted. Todos los resultados serán estrictamente confidenciales y no serán accesibles a ningún tipo de personas, serán utilizadas con fines estrictamente de investigación.

Deberá responder con qué frecuencia se presentan las siguientes sintomatologías.

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente.	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente.	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente.	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.	4

Sentimientos de culpa.	
- Ausente.	0
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones.	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo.	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza.	4

Suicidio	
- Ausente.	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida.	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.	2
- Ideas de suicidio o amenazas.	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio).	4

Insomnio precoz	
- Ausente- No tiene dificultad.	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. Más de media hora el conciliar el sueño.	1
- Dificultad para dormir cada noche.	2

Insomnio intermedio.	
- No hay dificultad.	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche.	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).	2

Insomnio tardío.	
- No hay dificultad.	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.	2

Trabajo y actividades.	
- No hay dificultad.	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos).	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación).	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad.	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4

Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora).	
- Palabra y pensamiento normales.	0
- Ligeros retrasos en el habla.	1
- Evidente retraso en el habla.	2
- Dificultad para expresarse.	3
- Incapacidad para expresarse.	4

Agitación psicomotora.	
- Ninguna.	0
- Juega con sus dedos.	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado.	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.	4

Ansiedad psíquica	
- No hay dificultad.	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad.	1
- Preocupación por pequeñas cosas.	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla.	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten.	4

Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración).	
- Ausente.	0
- Ligera.	1
- Moderada.	2
- Severa.	3
- Incapacitante.	4

Síntomas somáticos gastrointestinales.	
- Ninguno.	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.	1
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.	2

Síntomas somáticos generales.	
- Ninguno.	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
- Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.	2

Síntomas genitales (tales como: Disminución de la libido y trastornos menstruales).	
- Ausente.	0
- Débil.	1
- Grave.	2

Hipocondría.	
- Ausente.	0
- Preocupado de sí mismo (corporalmente).	1
- Preocupado por su salud.	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda.	3

Pérdida de peso.	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana.	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana.	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana.	2

Introspección (insight).	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo.	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo.	2

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)

3.- Carta de consentimiento informado.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO				
	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN Grado de depresión y ciclo vital en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar No. 76.				
Nombre del estudio:	No aplica (NA)				
Patrocinador externo (si aplica):	Nuevo Laredo, Tamaulipas; a 10 de Septiembre del 2017.				
Lugar y fecha:	CLIES R-2017-1912-93				
Número de registro:	Determinar el grado de depresión de los adultos mayores que acuden a la consulta externa medicina familiar.				
Justificación y objetivo del estudio:	Recolección de datos del paciente mediante una cédula de recolección.				
Procedimientos:	Ninguna.				
Posibles riesgos y molestias:	Detectar algún grado de depresión que este presentando e interferir en su evolución.				
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	NA				
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	NA				
Participación o retiro:	Los datos personales de los participantes no serán publicados.				
Privacidad y confidencialidad:	En caso de colección de material biológico (si aplica): <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NA				
Beneficios al término del estudio:	NA				
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Investigador Responsable: <u>David Félix Álvarez.</u>				
Colaboradores:	<u>Dr. Julián Del Carmen Granados y Dra. Cynthia Magali Rangel Medina</u>				
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 de ambos padres o tutores o representante legal Testigo 1		_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2			
_____ Nombre, dirección, relación y firma		_____ Nombre, dirección, relación y firma			
Clave: 2810-009-013					