



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO ESTATAL  
DE HIDALGO  
JEFATURA DE SERVICIO DE PRESTACIONES MÉDICAS  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1  
PACHUCA, HIDALGO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**TÍTULO: “DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS  
MAYORES DEL HGZMF NO. 1”**

NÚMERO DE REGISTRO SIRELCIS: R – 2023 - 1201 – 043

PRESENTA

SARAHÍ VEGA PÉREZ

INVESTIGADOR RESPONSABLE  
DR. CARLOS ALFONSO REYES MONTORO

INVESTIGADOR ASOCIADO  
DRA ESTHER HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO 2024



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.

**"DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL  
HGZMF NO. 1"**

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

**PRESENTA:**

**SARAHÍ VEGA PÉREZ**

**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON  
MEDICINA FAMILIAR NO. 1**



**DR. LUIS ALBERTO CAMARGO CERVANTES  
DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1**



**DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ,  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.**



**DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ,  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR.**



**DR. CARLOS ALFONSO REYES MONTORO  
MÉDICO ESPECIALISTA EN GERIATRÍA  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1**



**DRA ESTHER HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1**

**PACHUCA DE SOTO, HIDALGO 2024**

**“DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL  
HGZMF NO. 1”**

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

**PRESENTA:**

**SARAHÍ VEGA PÉREZ**

**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON  
MEDICINA FAMILIAR NO. 1**

**AUTORIZACIONES**

  
DRA. GRES MARISELL GÓMEZ ARTEAGA.  
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.

**DR. JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES.  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.**

  
DRA. ELBA TORRES FLORES.  
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

**PACHUCA DE SOTO, HIDALGO 2024**

**“DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL  
HGZMF NO. 1”**

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

**PRESENTA:**

**SARAHÍ VEGA PÉREZ**

**RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON  
MEDICINA FAMILIAR NO. 1**

**AUTORIZACIONES**



---

**DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**



---

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



---

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE  
ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**

**PACHUCA DE SOTO, HIDALGO 2024**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1201**  
H. GRAL. ZONA - MF - NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CE 13 048 032**  
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 13 CEI 001 2018041**

FECHA **Miércoles, 11 de octubre de 2023**

Médico (a) **CARLOS ALFONSO REYES MONTORO**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL HGZ MF NO.1** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2023-1201-043

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**CAMARGO CERVANTES LUIS ALBERTO**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**TÍTULO: “DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS  
MAYORES DEL HGZMF NO. 1”**

## INDICE

PORTADA.....	1
INDICE .....	7
IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES.....	8
RESUMEN .....	9
MARCO TEÓRICO .....	11
JUSTIFICACIÓN .....	24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
OBJETIVOS.....	26
HIPÓTESIS.....	27
MATERIAL Y MÉTODOS.....	28
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	30
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	30
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO .....	36
ASPECTOS ÉTICOS.....	38
RECURSOS DE FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD .....	47
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	48
RESULTADOS .....	49
DISCUSIÓN.....	76
CONCLUSIÓN.....	78
BIBLIOGRAFÍA.....	80
ANEXOS .....	83
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.....	83
CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	87

## IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

### Investigador Responsable

Nombre: Dr. Carlos Alfonso Reyes Montoro  
Especialidad: Geriatría  
Adscripción: HGZ MF No. 1  
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva  
Francisco I. Madero, Pachuca, Hidalgo.  
Teléfono: 553333 3564  
Correo electrónico: c.reyes.montoro@gmail.com

### Investigador asociado

Nombre: Dra. Esther Hernández Hernández  
Especialidad: Medicina Familiar  
Adscripción: HGZ MF No. 1  
Domicilio: Prolongación Avenida Madero, No. 405, Colonia nueva  
Francisco I. Madero, Pachuca, Hidalgo.  
Teléfono: 7711276832  
Correo electrónico: mesther31@hotmail.com

### Investigador asociado y tesista

Nombre: Sarahí Vega Pérez  
Especialidad: Médico Residente de la especialidad en Medicina Familiar.  
Domicilio: Prolongación Avenida Madero, No. 405, Colonia Nueva  
Francisco I. Madero, Pachuca, Hidalgo.  
Teléfono: 7712593064  
Correo electrónico: sara.vega21@icloud.com

## RESUMEN

**TÍTULO:** DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL HGZMF NO. 1

**ANTECEDENTES:** La depresión puede desarrollarse en cualquier etapa de la vida de las personas y no es exclusiva de la vejez, no obstante, la población de personas mayores de 60 años se considera uno de los grupos más vulnerados por este padecimiento. La depresión en adultos mayores es un problema importante de salud pública, asociado a un aumento de los gastos en la atención médica, riesgos de suicidio y aumento de la morbimortalidad, así como la disminución de la calidad de vida. Para saber si hay un probable cuadro depresivo es necesario identificar los síntomas que se presentan, así como la frecuencia en la que se manifiestan en cada persona para determinar el diagnóstico. Durante las últimas décadas la investigación se ha centrado en la calidad de vida de los pacientes, para mejorar los síntomas de alivio, atención y rehabilitación de los pacientes. El paciente adulto mayor con diagnóstico de depresión y con disminución de la calidad de vida tiene una serie de consecuencias negativas sobre las comorbilidades y sus capacidades funcionales, propiciando el aumento del uso y costo de los servicios médicos y de atención de la salud.

**OBJETIVO:** Se valoró la calidad de vida de los pacientes adultos mayores con depresión en el HGZMF No.1 de Pachuca, Hidalgo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo. El grupo poblacional fueron adultos mayores de 60 años adscritos al Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1. Se identificaron a los pacientes con cualquier grado de depresión mayores de 60 años, a través de un instrumento validado como es la escala de depresión geriátrica de Yesavage, a los que se les aplicará el Instrumento "Índice Multicultural de Calidad de Vida en español (QLI-Sp)", para valorar su calidad de vida. Se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas, proporciones y razones para variables cualitativas, y para variables cuantitativas, medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, desviación estándar y varianza).

**RESULTADOS:** Se determinaron variables sociodemográficas donde se reportó la edad mínima de 60 años, una edad máxima de 97 años, y la moda de 70 años como la edad más frecuente. Otras variables encontradas fue el sexo femenino con un 60.7%, la escolaridad predominante fue la primaria con 47.1%, en cuanto a la ocupación la de mayor prevalencia fue el hogar en un 51.6%, el estado civil más frecuente fue el casado en 51.3% y en cuanto a la persona con quien se habita se marcó con mayor prevalencia con pareja e hijos en un 28.8%. La frecuencia de las comorbilidades descrita fue la siguiente: hipertensión arterial con 59.9%, diabetes mellitus con el 34%, la obesidad se presentó en un 20.4%, la enfermedad renal crónica en un 16%, la enfermedad cardiovascular en un 15.2%, el tabaquismo en un 11%, las enfermedades respiratorias con el 9.9%, enfermedades malignas con 5.5%, las psiquiátricas o neurológicas con 2.6% y dentro de otras enfermedades no descritas se marcó en un 14.7% donde predominó la osteoporosis con 5.5%. Los resultados documentaron una depresión leve del 83.8%, y el resto se determinó con depresión establecida en un 16.2%. Con el índice de multiculturalidad de calidad de vida se evaluaron 10 aspectos. El bienestar físico se manifestó como bueno en un 22.5%, el

bienestar psicológico / emocional se describió en un nivel regular con 22.5%. Se análogo como nivel de satisfecho en los siguientes 5 aspectos: en el de autocuidado y funcionamiento independiente con 24.6%, en el funcionamiento interpersonal con 24.1%, para el apoyo socioemocional en un 25.4%, en apoyo comunitario con un 24.1% y en la plenitud personal con un 21.5%. Para el funcionamiento ocupacional se documentó en un nivel aceptable con 16%, en tanto la plenitud espiritual se determinó como excelente con 25.9%, y como último aspecto la percepción global de calidad de vida se reportó como bueno en un 28%.

**CONCLUSIONES:** Se interpretó el grado del nivel de calidad de vida que tienen los adultos mayores con depresión, presentándose con una buena calidad de vida. Es de suma importancia en la evaluación de depresión en el adulto mayor la identificación de factores de riesgo biopsicosocial, fortalecimiento de redes de apoyo, manejo de las comorbilidades y valoración de grado de depresión, ya que estos impactan sobre la calidad de vida del paciente.

## MARCO TEÓRICO

### Depresión en el Adulto mayor

Actualmente, hay más de 1.000 millones de personas mayores de 60 años, según datos de la Organización Mundial de la Salud. Se estima que para el año 2030, aproximadamente aumentará a 1.400 millones. La depresión en adultos mayores es un problema importante de salud pública, asociado con sufrimiento emocional, aumento de los gastos en la atención médica, riesgos de suicidio y aumento de la morbimortalidad. <sup>(1)</sup>

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría define a la depresión como una condición en la que una persona se siente desanimada, triste, sin esperanza, sin motivación o desinteresado en la vida en general. Estos sentimientos pueden durar un corto período de tiempo, pero cuando prevalecen por más de 2 semanas e interfieren con las actividades diarias. La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre las comorbilidades (enfermedades cardíacas, insuficiencia cardíaca, osteoporosis y mala autopercepción de la salud) y sobre las capacidades funcionales (discapacidad física y social), así como un aumento uso y costos de los servicios médicos y de atención de la salud. <sup>(2)</sup>

La depresión puede desarrollarse en cualquier etapa de la vida de las personas y no es exclusiva de la vejez, no obstante, la población de personas mayores de 60 años se considera uno de los grupos más vulnerados por este padecimiento. En la vejez su aparición depende de factores biopsicosociales. Entre los factores biológicos se consideran la predisposición genética heredada y la presencia de otras enfermedades; entre los factores psicológicos y sociales, el vivir la pérdida de algún familiar o amigo, laboral, material, de salud, de funciones físicas y/o cognitivas, vivir abandono familiar, falta de redes de apoyo, viudez, y recursos económicos insuficientes. Así que este padecimiento puede ser el resultado de la combinación de los factores antes mencionados. En algunas personas mayores la depresión

puede estar presente sin saberlo o sin contar con un diagnóstico previo, debido a que el sentimiento de tristeza no es el síntoma principal, sino que existen otros los cuales pueden ser la pérdida de interés de las actividades cotidianas que antes eran placenteras, los sentimientos de tristeza, inutilidad, angustia, ansiedad e irritabilidad, la pérdida de apetito, las alteraciones del sueño (dormir mucho o nada), la baja autoestima, el deterioro de las funciones físicas, la dificultad de concentración y olvidos, los dolores corporales o malestar general, la falta de energía y los pensamientos suicidas, presentándose en los cuadros más severos. Para saber si hay un probable cuadro depresivo es necesario identificar los síntomas que se presentan, así como la frecuencia en la que se manifiestan en cada persona para determinar el diagnóstico. <sup>(3)</sup>

En México, estudios reportan que la depresión 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. Las personas mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria. <sup>(4)</sup>

### Marco Epidemiológico

El 20% de los adultos mayores de 60 años sufren de algún trastorno mental, siendo la depresión la principal causa de discapacidad entre los trastornos mentales en todo el mundo. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, sin embargo, también es un reto para la sociedad, ya que implica mantener al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas adultas mayores, así como su participación social y seguridad. La Organización Mundial de la Salud declara que, debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la

proporción de personas de 60 años y más, está aumentando rápidamente en comparación a cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. Este sector de la población se duplicará y pasará de 900 millones a 2000 millones entre 2015 y 2050. Este cambio demográfico, implica consecuencias para la salud pública. Gozar de buena salud es fundamental para que las personas adultas mayores, mantengan su independencia y puedan tener un lugar en la vida familiar y en su comunidad. Cuidar la salud a lo largo de la vida y prevenir la enfermedad, pueden evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. <sup>(2)</sup> <sup>(8)</sup>

### Fisiopatología de la Depresión

La depresión es un síndrome heterogéneo, lo que dificulta la identificación de la fisiopatología subyacente. A pesar de estos problemas, se han identificado regiones y circuitos del cerebro que controlan las emociones, el estado de ánimo y la ansiedad, así como alteraciones neuroquímicas y celulares que subyacen a la depresión. Se ha descrito que la depresión causa atrofia neuronal y pérdida en las regiones del cerebro que controlan el estado de ánimo y las emociones, lo que resulta en la desconexión y la pérdida de las funciones neurológicas, esto incluye una reducción en el número de sinapsis espinales. Se ha establecido una actividad elevada del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal. También hay evidencia de hipertrofia y aumento de la función de otras regiones del cerebro que podrían contribuir a la desregulación del estado de ánimo y la ansiedad. Diversos estudios de imágenes cerebrales y postmortem han identificado estructuras clave involucradas en la regulación de la depresión, incluida la corteza prefrontal, el hipocampo, la corteza cingulada, la amígdala y los ganglios basales. Estudios de flujo sanguíneo y de imágenes funcionales han identificado regiones con actividad reducida en la corteza prefrontal e hipocampo y aumentada en la corteza cingulada, subcallosa y amígdala. La disminución de la función de la corteza prefrontal en pacientes deprimidos subyace a ciertas respuestas anormales, por ejemplo, la disminución del tiempo de reacción y la función cognitiva, aunado a una correspondiente ganancia de función de la amígdala, demostrado clínicamente por

la pérdida del control de las emociones y del estado de ánimo, aumento del miedo y exacerbación de la ansiedad. La interrupción de las conexiones entre la corteza prefrontal y la amígdala, así como el cuerpo estriado ventral, también podría contribuir a la disminución de la motivación y la recompensa en la depresión, lo que esto podría ser la causa de las alteraciones en la alimentación, el sueño y la libido. Entre los hallazgos estructurales y funcionales del cerebro alterados en la depresión, el más consistente es el volumen reducido de la corteza prefrontal y el hipocampo. El volumen reducido se correlaciona inversamente con la duración de la enfermedad, el tiempo de tratamiento y la gravedad de la depresión. Diversos estudios post mórtem han demostrado una reducción del tamaño del cuerpo de las células neuronales, atrofia de los procesos y una reducción de la glía en la corteza prefrontal. Hallazgos en modelos de roedores han ampliado los estudios en humanos y confirman que la exposición a la depresión causa atrofia y pérdida de neuronas y glía en la corteza prefrontal y el hipocampo, lo que podría contribuir a la disminución del volumen informado en los pacientes. La atrofia de las neuronas se caracteriza por una disminución en el número y la longitud de las ramas dendríticas, así como una disminución en la densidad de las sinapsis espinales. <sup>(5)</sup>

Algunos aspectos como el pesimismo, ansiedad y mal manejo del estrés psicosocial, además de otros componentes de la personalidad premórbida, son considerados elementos heredables. Se han identificado diferentes variantes polimórficas relacionadas con la depresión y una de las más estudiadas con mejor nivel de evidencia, es la que corresponde al gen que codifica el transportador de serotonina (5 – HTTLPR) en el cromosoma 17. Cuando uno o los dos alelos tienen brazos cortos, causa una disminución de la recaptura del neurotransmisor de serotonina en la membrana presináptica. Se entiende que la depresión se debe a una disminución relativa en los neurotransmisores de la noradrenalina, serotonina y dopamina. Éstos son los encargados de la regulación de diferentes áreas del cerebro relacionadas con las emociones, el comportamiento y el pensamiento; la norepinefrina tiene entre sus funciones, mantener un adecuado estado de alerta, atención, la regulación del estado de ánimo y la percepción del dolor; la serotonina

está íntimamente relacionada con las emociones y el estado del ánimo; el déficit en la producción y liberación de ésta lleva a la depresión, problemas con el control de impulsos y ansiedad; también puede afectar el apetito y alteraciones en el patrón del sueño. Asimismo, el déficit en dopamina se asocia a la apatía, la fatiga, falta de motivación e inhibición psicomotriz. Los estímulos generadores de estrés son integrados en la corteza cerebral y transmitidos al hipotálamo para la secreción de la hormona liberadora de corticotropina (inglés). Ésta estimula receptores en la corteza adrenal, para la liberación de cortisol en sangre, por lo tanto, el paciente deprimido cursa con niveles altos de cortisol en sangre. En la actualidad, se conoce la relación entre la depresión con otras comorbilidades, principalmente las cardiovasculares, debido a que el aumento de cortisol es un factor aterogénico e incrementa el depósito de grasa visceral. <sup>(8)</sup>

#### Factores de riesgo para Depresión en adultos mayores

Los factores de riesgo potencialmente importantes, como el duelo, el aislamiento, la discapacidad y las enfermedades somáticas son más prevalentes en la vejez. La depresión en la vejez es un factor prodrómico o de riesgo de demencia. El conocimiento de los factores de riesgo de depresión en personas mayores ayuda a identificar grupos de alto riesgo para reducir los factores de riesgo y establecer intervenciones personalizadas. Se han descrito que factores de riesgo sociodemográficos para la depresión como son la escolaridad, el sexo femenino, el deterioro cognitivo y la edad avanzada. En cuanto a los factores de riesgo biológicos las enfermedades crónicas y la dificultad para iniciar el sueño aumentaron de forma homogénea el riesgo de depresión. El deterioro de la movilidad, la pérdida de las funciones instrumentadas de la vida diaria y la discapacidad visual se describen de igual manera como factores de riesgo significativos. <sup>(6)</sup>

Desde el punto de vista etiológico, está bien establecido que la depresión está significativamente asociada con varios factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, incluidos el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la inactividad

física y una dieta poco saludable. La depresión también se asocia con problemas de salud y un nivel socioeconómico bajo. La enfermedad cerebrovascular predispone, precipita y/o perpetúa sintomatología depresiva en pacientes geriátricos, ya que existe una relación entre lesiones isquémicas y distintos síntomas del comportamiento, por la disfunción de sistemas prefrontales y/o acumulación de múltiples lesiones en vías de asociación. Estos pacientes presentan clínicamente retraso psicomotor o agitación psicomotriz, alteraciones cognoscitivas (especialmente memoria) disminución en la fluencia verbal y en la nominación; problemas con el control de impulsos y frecuentemente apatía. Esta etiología, se asocia con frecuencia a una respuesta inconsistente o mala a los antidepresivos. Los estilos de vida saludables, incluida la ingesta moderada de alcohol, no fumar, la calidad de la dieta, no consumir carne ni lácteos, la suplementación con vitamina D, el uso de suplementos de omega 3, el ejercicio regular y la meditación al inicio del estudio, se asociaron con incidencias más bajas de depresión. <sup>(7)</sup> <sup>(8)</sup>

### Manifestaciones clínicas de la depresión en adultos mayores

La depresión es un síndrome heterogéneo de presentación clínica, que puede seguir pautas y desarrollarse de forma incompleta o atípica sobre todo en los adultos mayores. Se caracteriza por una serie de síntomas que comúnmente coinciden con aquellos de otros padecimientos, tanto agudos como enfermedades crónicas no transmisibles. Los criterios para establecer el diagnóstico de depresión de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico en su quinta revisión (DSM-V), son aplicables para personas adultas jóvenes y para adultos mayores, sin embargo, existen diferencias en su presentación. Dentro de la presentación y características clínicas del adulto mayor con depresión se encuentran los problemas con la memoria reciente, irritabilidad, apatía, quejas somáticas dolorosas inespecíficas, especialmente las gastrointestinales e hipocondriasis y sentimientos de culpa. La depresión de inicio tardío (un primer episodio después de los 60 años) se puede enmascarar bajo un semblante de apariencia feliz y/o ocultarse detrás de quejas somáticas múltiples y mal sistematizadas.

La historia clínica, es la herramienta más importante en la evaluación para detectar los síntomas característicos con el adulto mayor, esto a través de una exhaustiva observación y revisión clínica, apoyada en una adecuada relación médico-paciente. Otro de los requisitos indispensables, es el interrogatorio a familiares y/o cuidadores, si bien se aplica a la buena clínica en general, en este caso, se convierte en una herramienta imprescindible. Valorar el grado de funcionalidad es de fundamental importancia, debido a la repercusión en las Actividades Básicas de la Vida diaria como vestirse, bañarse, comer, uso del sanitario, continencia de esfínteres y, grado de movilidad, las cuales deberán ser investigadas continuamente, sobre todo si el cuadro clínico tiene importantes síntomas cognoscitivos. La presencia de depresión puede aumentar la probabilidad de que se llegue a desarrollar un síndrome de fragilidad y exponerla a otras comorbilidades, tales como desnutrición y desequilibrio hidroelectrolítico, caídas, fracturas y accidentes de todo tipo, así como constipación, procesos infecciosos, privación sensorial, síndrome de inmovilidad y las temidas lesiones por presión.

Según el DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), el diagnóstico de depresión mayor se efectúa con el hallazgo de 5 o más de los siguientes síntomas, siendo obligados la presencia de los dos primeros:

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.

Pérdida del interés de actividades previamente placenteras.

Aumento o pérdida de peso.

Agitación o lentitud psicomotriz.

Fatiga o pérdida de energía.

Sentimientos de inutilidad o culpa.

Disminución de la capacidad para concentrarse.

Pensamientos recurrentes de muerte.

Es importante mencionar que los criterios del DSM V no se presentan en la totalidad de los ancianos deprimidos y algunas alternativas en la presentación de la depresión

en el adulto mayor son: irritabilidad, agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa y de la capacidad de resolución de problemas, deterioro del autocuidado, abuso de alcohol y otras sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones, discordia marital, son elementos que tenemos que considerar para establecer el diagnóstico de depresión en el adulto mayor. La presentación atípica del trastorno depresivo es común en este grupo etario, siendo frecuentemente subdiagnosticada y/o subtratada, esto se debe al estigma asociado a la depresión y la creencia de que esta es parte normal del envejecimiento. Es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico. <sup>(8)</sup>

#### Instrumentos de evaluación de la depresión

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación, que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. La versión de 15 ítems se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos sí se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados. <sup>(9)</sup>

La escala consta de las siguientes 15 preguntas. Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos. De 0 a 4 puntos, se considera normal, sin síntomas depresivos. 5 a 8 puntos Indica la presencia de síntomas depresivos leves. 9 a 10 puntos indica la presencia de síntomas depresivos moderados. 12 a 15 puntos indica la presencia de síntomas depresivos graves.

- ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?
- ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?
- ¿Siente que su vida está vacía?
- ¿Se siente aburrido frecuentemente?
- ¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?
- ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?
- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
- ¿Se siente con frecuencia desamparado?
- ¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?
- ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?
- ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?
- ¿Se siente inútil o despreciable?
- ¿Se siente lleno de energía?
- ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?
- ¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?

## Calidad de vida

La calidad de vida se ha establecido como un factor significativo, concepto y objetivo para la investigación y la práctica en los campos de salud y medicina. Los resultados de la calidad de vida han sido los principales criterios de valoración en los estudios médicos e investigación en salud. Sin embargo, durante las últimas décadas la investigación se ha centrado en la calidad de vida de los pacientes, comprender la calidad de vida es importante para mejorar los síntomas de alivio, atención y rehabilitación de los pacientes. Por ejemplo, se ha demostrado que la calidad de vida es un fuerte predictor de supervivencia. A pesar de la importancia de la calidad de vida en salud, existe un continuo debate conceptual y metodológico sobre el significado de la calidad de vida y sobre lo que debe medirse. <sup>(10)</sup>

No existe una definición uniforme del concepto; sin embargo, la Organización Mundial

de la Salud (OMS) describe una definición de la calidad de vida como la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno. <sup>(11)</sup>

Existen diversos elementos que son necesarios para garantizar que las personas gocen de bienestar en su vejez, como es el caso de la calidad de vida, la cual está relacionada directamente con la capacidad y las oportunidades que tienen las personas para autorrealizarse y sentirse satisfechas. La calidad de vida se conforma por una serie de aspectos que se definen como objetivos, subjetivos y sociales. Los aspectos objetivos son aquellos que tienen que ver con las condiciones materiales de la persona adulta mayor, como el nivel de ingresos, vivienda, alimentación, vestido, seguridad social, educación. Estos elementos son parte de los derechos humanos, ya que son indispensables para la satisfacción de las necesidades básicas de las personas. Por otra parte, se encuentran los aspectos subjetivos, los cuales tienen que ver con elementos psíquicos de la persona como: la autoestima, el autoconcepto, la intimidad, la expresión emocional y la salud percibida. Estos elementos son subjetivos pues se construyen a partir de la apreciación y valoración que realiza la persona sobre sí misma, su sentido de vida y su lugar en el mundo. <sup>(12)</sup>

También existen los aspectos sociales, estos se integran por las políticas públicas, programas sociales, servicios institucionales, pensiones no contributivas, así como cualquier otro servicio procurado por el gobierno a través de las instituciones para satisfacer de manera integral las diversas necesidades de las personas adultas mayores. En su conjunto, estos tres aspectos conforman la calidad de vida de las personas y se relacionan directamente con las condiciones políticas, sociales, económicas y culturales del contexto en el que se sitúa una persona, por lo que, para valorar la calidad de vida se debe tener presente que dicha experiencia es

individual, heterogénea y subjetiva, lo que una persona puede considerar como esencial para gozar de calidad de vida, para otra puede no ser importante, por ejemplo, tener un alto nivel de ingresos o bienes materiales. <sup>(13)</sup>

Es importante saber que un equilibrio entre estos tres aspectos es vital para garantizar una favorable calidad de vida en la vejez y durante todo el proceso de envejecimiento. Así lo muestran diversos estudios realizados alrededor del mundo en los que las personas adultas mayores expresan que el tener relaciones sociales, amistades; realizar actividades y participar en la comunidad; ser independiente, gozar de buena salud física, mental y emocional, tener una actitud positiva ante la vida; contar con servicios sociales y buenos ingresos económicos determinan de forma positiva su calidad de vida. De esta manera, es importante valorar los aspectos objetivos, subjetivos y sociales que constituyen nuestra calidad de vida, para así identificar si existen elementos que se encuentren debilitados y generar estrategias para fortalecerlos. Garantizar una favorable calidad de vida en la vejez se ubica como una responsabilidad gubernamental, social, comunitaria e individual, por lo cual, se requiere de acciones donde todos los actores que conforman la sociedad participen plenamente. <sup>(14)</sup>

#### Instrumento de evaluación de la calidad de vida

El Instrumento Índice Multicultural de Calidad de Vida en español (QLI-Sp), fue realizado por Mezzich et al, cuenta con validación en múltiples idiomas, mismo instrumento adaptado al español. Es un instrumento validado y conciso para la evaluación integral, culturalmente informada y autoevaluada de la calidad de vida para la salud. Cuenta con un total de diez ítems por dimensión (bienestar físico, bienestar psicológico/social, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo socioemocional, apoyo comunitario y de servicios, satisfacción personal, satisfacción espiritual y percepción global de la calidad de vida) cuya evaluación final es a través de la escala de 10 puntos.

La puntuación total de cada uno de los ítems significa una dimensión en la evaluación de la calidad de vida del adulto mayor, por lo que la puntuación será dada por la autopercepción del sujeto a evaluar. <sup>(15)</sup>

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pésimo	Insatisfecho	Muy Malo	Malo	Regular	Aceptable	Bueno	Satisfecho	Muy buen	Excelente

### Calidad de Vida y Depresión en el paciente adulto mayor

Está descrito que la depresión disminuye la calidad de vida los pacientes geriátricos, varios estudios a nivel mundial han explorado la relación entre los síntomas o un trastorno depresivos y la calidad de vida en personas mayores, pero hasta donde sabemos, la amplia gama de definiciones de calidad de vida complica el campo de investigación y puede hacer las comparaciones entre estudios <sup>(16)</sup>. La depresión es un trastorno mental común y los afectados experimentan un estado de ánimo deprimido, así como una reducción del interés, el disfrute, la energía y la actividad durante más de dos semanas. A menudo, la depresión va acompañada de síntomas adicionales, como cambios en el sueño y el apetito, síntomas de ansiedad, sentimientos de culpa y baja autoestima o falta de concentración <sup>(17)</sup>. Los trastornos depresivos se encuentran entre los trastornos mentales más extendidos en la vejez. Sivertsen et al. (2015) encontraron una clara asociación entre el trastorno afectivo y calidad de vida en personas mayores. Si bien la conexión entre la depresión y la calidad de vida parece bastante sencilla, no todas las facetas de la calidad de vida se ven afectadas de la misma manera. Con el aumento de la esperanza de vida de las personas mayores, también ha habido un mayor interés en la evaluación de la calidad de vida y la depresión en etapas posteriores de la vida <sup>(18)</sup>. La depresión es otro problema de salud pública importante para los adultos mayores, porque la depresión en la vejez puede tener consecuencias devastadoras, como un aumento de la mortalidad. <sup>(19)</sup>

## Importancia de la medición de la Calidad de Vida

A nivel clínico el abordaje de la valoración de calidad de vida favorece el análisis de las áreas en que cada paciente presenta alteraciones relacionadas con su enfermedad y ayuda a evaluar el impacto de los tratamientos. Además, cuando no existe una cura definitiva, el mejoramiento de la calidad de vida es un objetivo terapéutico en sí mismo <sup>(20)</sup>. El contenido obtenido de estudios es de verdadera importancia para identificar objetivos, elaborar guías y políticas para los cuidados en salud, y ha sido un objetivo beneficioso para describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos; su uso puede ser beneficioso en la práctica clínica cotidiana, en estudios de eficacia, efectividad, riesgo o como indicador de la calidad del cuidado. Los algoritmos de puntuación se desarrollan típicamente a partir de las preferencias de calidad de vida de grandes muestras basadas en la población general. <sup>(21)</sup>

## Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida

En México con relación a la autopercepción de la calidad de vida, la mayor parte de los adultos mayores puntuaron su calidad de vida como deficiente, lo anterior da muestra de que el contexto en el que el adulto mayor se desenvuelve es elemental para la construcción de su percepción, de tal manera que, si se encuentra en un contexto óptimo para desarrollar adecuadamente sus actividades, va a tener una mejor percepción sobre su calidad de vida. Apoyados en el modelo de Roper, Logan y Tierney sobre el adulto mayor, sugieren que el contexto ambiental y el apoyo emocional de la familia y de la sociedad son elementales para cubrir las necesidades del adulto mayor y con ello mejorar su percepción sobre su calidad de vida. Es importante mencionar que la etapa de vida del adulto mayor presenta cambios orgánicos y funcionales, que pueden incrementar el riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, lo que ocasiona que el adulto mayor tenga una percepción negativa sobre su estado de salud. <sup>(22)</sup>

## JUSTIFICACIÓN

El 20% de las personas mayores de 60 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad, así como de la pérdida de la funcionalidad.

La depresión en el adulto mayor repercute en la disminución de la calidad de vida, así mismo la depresión por sí misma es una amenaza a la salud ya que propicia la pérdida de la funcionalidad, deterioro de las comorbilidades, aumento en el número de hospitalizaciones, incremento en los costos de la salud y aumento de la mortalidad. El significado de la calidad de vida y la depresión en el adulto mayor deben ser abordados desde el enfoque cualitativo; este encontrándose en la categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones.

Esta investigación tiene impacto y relevancia porque permite estudiar la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores del HGZMF No. 1 a partir de su aporte teórico que conlleva a la recopilación de datos provenientes de fuentes verificables y confiables. La pertinencia metodológica de este estudio busca el análisis orientándose en otorgar información clara a través de instrumentos de evaluación calificadas, reconocidas y validadas.

El beneficio de este protocolo se basará en identificar los factores que impactan en la calidad de vida de los adultos mayores con depresión. Los resultados de esta investigación pueden ayudar a obtener una mejor comprensión de factores específicos de este grupo demográfico, siendo crucial para mejorar la atención y desarrollar estrategias de intervención más efectivas. Esta y otras investigaciones en curso orientadas a la población geriátrica podrían contribuir en un futuro a determinar posibles recomendaciones de políticas públicas y programas de salud mental enfocados en mejorar la calidad de vida y el bienestar de pacientes adultos mayores.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es uno de los principales problemas que afectan al adulto mayor, disminuyendo los estándares de la calidad de vida, basados en esta asociación previamente descrita en los fundamentos teóricos, la búsqueda de las distintas variables nos encamina a demostrar las problemáticas sanitarias y su impacto en la salud.

Se ha fundamentado continuamente las consecuencias adversas en la salud y la disminución de la calidad de vida en el paciente anciano con depresión, especialmente, enfrentado con las comorbilidades propias del envejecimiento, por lo que sería importante indagar dentro del área clínica y en el estudio del contexto del adulto mayor.

Actualmente se requiere desde el primer contacto con el paciente adulto mayor, identificar los factores de riesgo, así como el diagnóstico precoz de la depresión, disminuyendo las consecuencias correlacionadas con la disminución en la calidad de vida, los datos reportan que la población mundial está encaminada al envejecimiento de la población, siendo el estudio de los problemas geriátricos, un tema fundamental de resolución a mediano y largo plazo. Es prioritario atender las causas desde el enfoque individualizado y comunitario que la problemática conlleva, de la misma manera es crucial otorgar un diagnóstico oportuno enfocado en la prevención de complicaciones asociadas.

Por estas razones se plantea la interrogante:

**¿Cuál es la calidad de vida en los pacientes adultos mayores con depresión en el HGZMF No.1?**

## OBJETIVOS

Objetivo general:

- Valorar la calidad de vida de los pacientes adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1 de Pachuca, Hidalgo.

Objetivos específicos:

- Identificar a los pacientes con algún grado de depresión en el HGZMF No. 1 mayores de 60 años a través de un instrumento validado como es la escala de depresión geriátrica de Yesavage.
- Evaluar la calidad de vida de los pacientes mediante el cuestionario (QLI-Sp) que fueron diagnosticados con algún grado de depresión de acuerdo con la escala de depresión geriátrica de Yesavage en el HGZMF No. 1.
- Describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con cualquier grado de depresión de los adultos mayores del HGZMF No. 1.

## HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo:

- La calidad de vida de los pacientes adultos mayores de sesenta años con depresión fue percibida como mala correspondiente a lo descrito y respaldado en la literatura.

Hipótesis alterna:

- La calidad de vida de los pacientes adultos mayores de sesenta años con depresión fue percibida como excelente distinto a lo descrito y respaldado en la literatura.

Hipótesis nula:

- La calidad de vida de los pacientes adultos mayores de sesenta años con depresión fue percibida como buena totalmente contraria a lo descrito y respaldado en la literatura.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del Estudio:

- Observacional, descriptivo y transversal.

Universo del Trabajo:

- Adultos mayores adscritos al Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1.

Sitio de Estudio:

- El estudio se realizó en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1.

Periodo de Estudio:

- El presente estudio se realizó en un periodo de 4 meses posterior a su autorización.

## Tamaño de la muestra

Se calculó la muestra conociendo un total de 68,406 derechohabientes mayores de 60 años adscritos en el HGZMF No.1, Pachuca, Hidalgo de acuerdo con el censo poblacional de julio 2023, con la siguiente fórmula para poblaciones finitas.

$$n = \frac{N \times Z\alpha^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z\alpha^2 \times p \times q}$$
$$\frac{(68\ 406) (1.96)^2 \times (0.50) \times (0.50)}{(0.05)^2 \times (68\ 406-1) + (1.96)^2 \times (0.5) (0.5)}$$
$$\frac{(68\ 406) (3.8416) (0.50) (0.50)}{(0.0025) (68\ 405) + (3.8416) (0.5) (0.5)}$$
$$\frac{65\ 697.1224}{171.0125 + 0.9604}$$
$$\frac{65\ 697.1224}{171.9729}$$

n = 382 pacientes

Donde:

N = población total

Zα2= 1.96 (la seguridad deseada 95%) P= 0.50 (probabilidad de ocurrencia) Q= 1-p  
(1-0.50= 0.50)

D= precisión = 0.05 (5%)

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Criterios de inclusión:

- Personas derechohabientes adultos mayores de 60 años
- Personas de ambos sexos
- Personas adscritas al HGZMF No.1
- Derechohabientes de cualquier turno
- Personas con algún grado de depresión
- Personas que acepten participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personas con enfermedades psiquiátricas o neurológicas diagnosticadas como demencia, esquizofrenia o enfermedad de Alzheimer.

Criterios de eliminación:

- Derechohabientes con cédulas de recolección incompletas.

## **OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

## Variables clínicas y sociodemográficas

	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Edad	Es el espacio de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Es la edad en años del paciente en estudio	Cuantitativa De intervalo	Años cumplidos al momento del estudio
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina	Sexo registrado en expediente clínico.	Cualitativa Dicotómica Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Escolaridad	Último grado académico obtenido	máximo de estudios del paciente.	Cualitativa Politómica Nominal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Técnico 6. Licenciatura 7. Otro
Estado civil	Condición legal que caracteriza a una persona respecto a otra en sus relaciones personales	Estado actual de las relaciones conyugales de un individuo	Cualitativa Politómica Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
Ocupación	Actividad u oficio que cotidianamente se dedica una persona y por el cual puede o no recibir remuneración económica	Actividad laboral u oficio la que se dedica el paciente en estudio	Cualitativa Politómica Nominal	1. Hogar 2. Empleado 3. Obrero 4. Técnico 5. Profesional 6.. Jubilado/ pensionado 7. Desempleado 8. Otro
Personas con quien habita	Personas que habitan en un mismo hogar compartan o no lazos familiares	Personas quienes habitan en el mismo domicilio del individuo a	Cualitativa Politómica Nominal	1. Pareja 2. Hijos 3. Pareja e hijos 4. Otro familiar 5. Cuidador 6. Solo

		evaluar		
Comorbilidades asociadas	Coexistencia, en una misma persona, de una o varias enfermedades	Presencia de comorbilidades en el adulto mayor en estudio	Cualitativa Politémica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipertensión Arterial</li> <li>2. Diabetes Mellitus</li> <li>3. Obesidad</li> <li>4. Tabaquismo</li> <li>5. Enfermedad renal crónica</li> <li>6. Enfermedades cardiovasculares</li> <li>7. Enfermedades respiratorias previas</li> <li>8. Enfermedades psiquiátricas o neurológicas</li> <li>9. Enfermedad esmalinas</li> <li>10. Otras</li> </ol>
Grado de Depresión	La depresión es el trastorno mental que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de incapacidad durante 14 días o más	Existencia e interés por las actividades de la vida diaria en donde clasificaremos acorde a la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage. Con la siguiente interpretación: 0-5 puntos Normal, 6-9 Depresión leve > 10 Depresión establecida.	Cualitativa Politémica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Normal</li> <li>2. Depresión leve</li> <li>3. Depresión establecida</li> </ol>

## Variables de Calidad de vida

	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Bienestar físico	Cualidad exenta de dolores o problemas físicos	La forma en que se siente el paciente cuando realiza actividad física	Cualitativa Politómica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pésimo</li> <li>2. Insatisfecho</li> <li>3. Muy malo</li> <li>4. Malo</li> <li>5. Regular</li> <li>6. Aceptable</li> <li>7. Bueno</li> <li>8. Satisfecho</li> <li>9. Muy bueno</li> <li>10. Excelente</li> </ol>
Bienestar psicológico / emocional	Sentimiento de bienestar común	Estado de ánimo psicoemocional del paciente en el momento de la evaluación	Cualitativa Politómica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pésimo</li> <li>2. Insatisfecho</li> <li>3. Muy malo</li> <li>4. Malo</li> <li>5. Regular</li> <li>6. Aceptable</li> <li>7. Bueno</li> <li>8. Satisfecho</li> <li>9. Muy bueno</li> <li>10. Excelente</li> </ol>
Autocuidado y funcionamiento independiente	Desempeñar sus tareas cotidianas básicas, basado en su autonomía	La capacidad que siente el paciente para realizar diarias para su propio cuidado	Cualitativa Politómica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pésimo</li> <li>2. Insatisfecho</li> <li>3. Muy malo</li> <li>4. Malo</li> <li>5. Regular</li> <li>6. Aceptable</li> <li>7. Bueno</li> <li>8. Satisfecho</li> <li>9. Muy bueno</li> <li>10. Excelente</li> </ol>
Funcionamiento ocupacional	Desempeñar labores ocupacionales o tareas domésticas	La capacidad que percibe el paciente para ejercer labores del hogar o del trabajo	Cualitativa Politómica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pésimo</li> <li>2. Insatisfecho</li> <li>3. Muy malo</li> <li>4. Malo</li> <li>5. Regular</li> <li>6. Aceptable</li> <li>7. Bueno</li> <li>8. Satisfecho</li> <li>9. Muy bueno</li> <li>10. Excelente</li> </ol>

Funcionamiento interpersonal	Funcionalidad y relación con miembros de la familia, amigos y grupos o hasta su propio cuidador	La capacidad percibida por el paciente para relacionarse con otras personas como la familia, amigos y desconocidos	Cualitativa Politómica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pésimo</li> <li>2. Insatisfecho</li> <li>3. Muy malo</li> <li>4. Malo</li> <li>5. Regular</li> <li>6. Aceptable</li> <li>7. Bueno</li> <li>8. Satisfecho</li> <li>9. Muy bueno</li> <li>10. Excelente</li> </ol>
Apoyo socioemocional	Disposición de las personas, así como la confianza que le proporcionan para su ayuda	Percepción del paciente que siente con el apoyo brindado por su familia, la institución y/o cuidadores	Cualitativa Politómica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pésimo</li> <li>2. Insatisfecho</li> <li>3. Muy malo</li> <li>4. Malo</li> <li>5. Regular</li> <li>6. Aceptable</li> <li>7. Bueno</li> <li>8. Satisfecho</li> <li>9. Muy bueno</li> <li>10. Excelente</li> </ol>
Apoyo comunitario y de servicios	Vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y otros	La forma en la que el paciente se siente respecto a los servicios prestados por la institución y su vecindario	Cualitativa Politómica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pésimo</li> <li>2. Insatisfecho</li> <li>3. Muy malo</li> <li>4. Malo</li> <li>5. Regular</li> <li>6. Aceptable</li> <li>7. Bueno</li> <li>8. Satisfecho</li> <li>9. Muy bueno</li> <li>10. Excelente</li> </ol>
Plenitud personal	Equilibrio personal, sensación de dignidad y solidaridad	La forma en la que el paciente percibe se siente consigo mismo como persona	Cualitativa Politómica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pésimo</li> <li>2. Insatisfecho</li> <li>3. Muy malo</li> <li>4. Malo</li> <li>5. Regular</li> <li>6. Aceptable</li> <li>7. Bueno</li> <li>8. Satisfecho</li> <li>9. Muy bueno</li> <li>10. Excelente</li> </ol>

Plenitud espiritual	Sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia, más allá de la vida material ordinaria	La forma en la que el paciente se siente con respecto a sus creencias	Cualitativa Politómica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pésimo</li> <li>2. Insatisfecho</li> <li>3. Muy malo</li> <li>4. Malo</li> <li>5. Regular</li> <li>6. Aceptable</li> <li>7. Bueno</li> <li>8. Satisfecho</li> <li>9. Muy bueno</li> <li>10. Excelente</li> </ol>
Percepción global de calidad de vida	Sentimiento de satisfacción con su vida	Grado de satisfacción que el paciente siente con respecto a su propia vida	Cualitativa Politómica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pésimo</li> <li>2. Insatisfecho</li> <li>3. Muy malo</li> <li>4. Malo</li> <li>5. Regular</li> <li>6. Aceptable</li> <li>7. Bueno</li> <li>8. Satisfecho</li> <li>9. Muy bueno</li> <li>10. Excelente</li> </ol>

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. El protocolo fue sometido a valoración por los Comités de Ética e Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud para su autorización.
2. Una vez autorizado, se procedió a la identificación de pacientes de acuerdo con los criterios de inclusión (pacientes de ambos sexos, pacientes mayores de 60 años, derechohabientes al IMSS, adscritos al HGZMF No.1 de cualquier turno) donde se excluyeron a quienes tenían enfermedades psiquiátricas o neurológicas diagnosticadas como demencia, esquizofrenia y enfermedad de Alzheimer.
3. El sitio de abordaje y aplicación del instrumento de recolección fue en la sala de espera de la consulta externa de Medicina Familiar y Geriátrica mientras los derechohabientes esperaban recibir atención médica.
4. Se les invitó a participar en el estudio, con previa explicación de este, puntualizando el carácter de confidencialidad. Se les mencionó la cierta incomodidad que pueda surgir al responder ciertas preguntas, ofreciendo la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento, así como el resguardo de la información otorgada y privacidad del paciente.
5. Si aceptan participar se obtendrá su consentimiento por escrito, y se les otorgará el instrumento de recolección para obtener las variables necesarias.
6. El instrumento de recolección obtuvo información sobre las características clínicas y sociodemográficas del adulto mayor, y contenía además dos cuestionarios auto aplicables, el primer cuestionario de 15 ítems será la escala de depresión geriátrica de Yesavage y el segundo de 10 ítems es el instrumento Índice Multicultural de Calidad de vida. Esto aproximadamente tenía una duración de 10 minutos.

7. Con la escala de depresión geriátrica de Yesavage se identificaron a los pacientes con algún grado de depresión (criterio de selección), y solo aquellos con resultado positivo se les evaluó el Índice Multicultural de calidad de vida para cumplir así el objetivo del presente estudio.

8. Aquellos pacientes que obtuvieron como resultado algún grado de depresión, de manera respetuosa y empática, se le sugirió acudir con su médico familiar o geriatra para la atención del padecimiento.

9. Se realizaron los instrumentos de recolección necesarios hasta obtener la muestra total del presente estudio, y posteriormente se capturó la información en una base de datos más precisa para los fines que el estudio de investigación demanda creada en Microsoft SPSS para su análisis estadístico.

### **Análisis de la información**

Se generó una base de datos en el software Microsoft Excel para la captura de datos, posteriormente para su análisis estadístico en SPSS. Se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas, proporciones y razones para variables cualitativas, y para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, desviación estándar y varianza).

## ASPECTOS ÉTICOS

Los procedimientos de este estudio estuvieron de acuerdo con las normas éticas, las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, siendo la última en Brasil 2013.

### **Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud**

**Artículo 16.-** en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

### **Clasificación de riesgo**

Con base en el **artículo 17** del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud,

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

indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

Con base en el Artículo 17 fracción II, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Esta investigación se considera:

### **RIESGO MÍNIMO**

**Artículo 20.-** Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

**Artículo 21.-** Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

**Artículo 22.-** El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

**Artículo 23.-** En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

De acuerdo con lo estipulado por el Reglamento de la Ley General de Salud, este protocolo de investigación requiere uso de consentimiento informado en adultos y en caso de menores de edad requiere consentimiento informado del representante legal y del menor.

## Declaración de Helsinki

Los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos están normados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en su última actualización Brasil 2013, el cual ha sido considerado como uno de los documentos más importantes en materia de protección y ética de la investigación en seres humanos, por lo que esta investigación se adhiere a dichos principios, mencionando a continuación aquellos que se relacionan con este estudio.

### Introducción

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

### Principios generales

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene

buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

### **Riesgos, Costos y Beneficios**

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedida de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

### **Requisitos científicos y protocolos de investigación**

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los

experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

### **Comités de ética de investigación**

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

## **Privacidad y confidencialidad**

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

## **Consentimiento informado**

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

28. Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas

personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

### **Archivo de la información**

La información recabada en los documentos fuente es de carácter confidencial (mediante folios) y para uso exclusivo de los investigadores, es ordenada, clasificada y archivada bajo la responsabilidad del investigador principal, durante un periodo de cinco años.

### **Autorización de la institución**

**Artículo 102.-** El titular de la institución de salud, con base en los dictámenes de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, según corresponda, decidirá si autoriza la realización de las investigaciones que sean propuestas, excepto cuando se trate de investigaciones que requieran la autorización de la Secretaría, en términos de los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este Reglamento.

## RECURSOS DE FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

### Recursos humanos

- Médico residente de medicina familiar Sarahi Vega Perez, tesista.
- Investigador responsable: Dr. Carlos Alfonso Reyes Montoro, asesor clínico, especialista en Geriatría; con amplia experiencia en el tema.
- Investigador asociado: Dra. Esther Hernández Hernández, asesor metodológico especialista en Medicina Familiar; con amplia experiencia en el tema.

### Recursos materiales

- Materiales de oficina, tecnología de cómputo, hojas de recolección de datos, impresora, base de datos de los pacientes ingresados a proyecto pierde kilos gana vida

### Recursos financieros

- Los gastos generados durante la investigación fueron costeados con recursos propios del investigador principal.

### Factibilidad

- Se contó con recursos humanos, materiales y financieros adecuados, para la ejecución de la investigación.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cronograma de Actividades											
Año	2022				2023						2024
Mes	May-Jun	Jul-Ago	Sept- Oct	Nov- Dic	Ene- Feb	Mar- Abr	May-Jun	Jul-Ago	Sept-Oct	Nov- Dic	Ene-Feb
Planeación del tema del protocolo	R	R									
Revisión de la literatura			R	R							
Recuperación, revisión y selección de					R	R					
Elaboración del protocolo						R	R				
Presentación al CLIS								R			
Realización de correcciones sugeridas									R		
Trabajo de campo para recolección de datos									R	R	
Análisis de los resultados											R
Conclusiones											R
Reporte e impresión del trabajo final											R

R= Realizado

Sujeto a modificaciones

## RESULTADOS

Se abordaron a adultos mayores de 60 años en la consulta externa de medicina familiar y geriatría, aplicando encuestas de obtención de datos sociodemográficos y clínicos, con aplicación de la escala de Yesavage, y aquellos con resultado positivo para algún grado de depresión, se les aplicó y valoro el instrumento de medición de calidad de vida hasta obtener la muestra correspondiente a 382.

La distribución de edad entre los adultos mayores del HGZMF No. 1 que fueron evaluados y detectados con algún grado de depresión se obtuvo una media de 72 años, una mediana de 71 años y una moda de 70 años. Se reporta una desviación estándar de 8.86. Se determinó de igual manera la edad mínima de 60 años, correspondiente a nuestros criterios de inclusión, y una edad máxima encontrada de 97 años (tabla 1, 2 y gráfica 1).

**Tabla 1. Medidas de tendencia central por edad de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

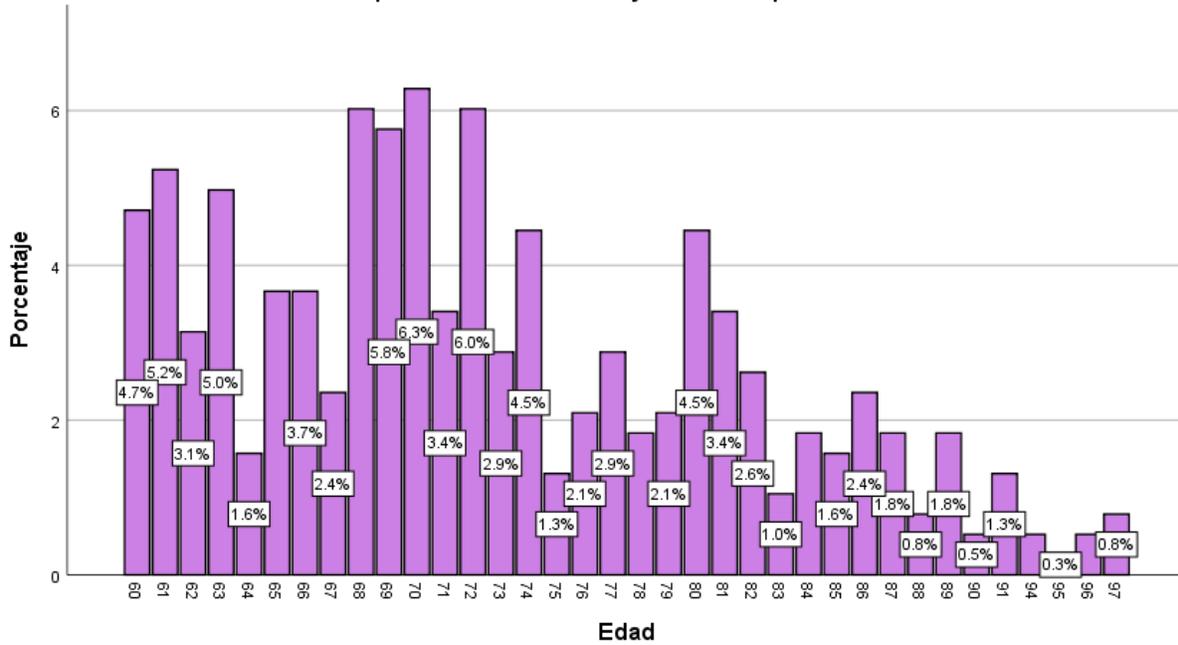
Edad de los encuestados		
N	Válido	382
	Perdidos	0
Media		72.79
Mediana		71.00
Moda		70
Desv. Desviación		8.860
Mínimo		60
Máximo		97

**Tabla 2. Distribución por edad de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 60	18	4.7	4.7	4.7
61	20	5.2	5.2	9.9
62	12	3.1	3.1	13.1
63	19	5.0	5.0	18.1
64	6	1.6	1.6	19.6
65	14	3.7	3.7	23.3
66	14	3.7	3.7	27.0

67	9	2.4	2.4	29.3
68	23	6.0	6.0	35.3
69	22	5.8	5.8	41.1
70	24	6.3	6.3	47.4
71	13	3.4	3.4	50.8
72	23	6.0	6.0	56.8
73	11	2.9	2.9	59.7
74	17	4.5	4.5	64.1
75	5	1.3	1.3	65.4
76	8	2.1	2.1	67.5
77	11	2.9	2.9	70.4
78	7	1.8	1.8	72.3
79	8	2.1	2.1	74.3
80	17	4.5	4.5	78.8
81	13	3.4	3.4	82.2
82	10	2.6	2.6	84.8
83	4	1.0	1.0	85.9
84	7	1.8	1.8	87.7
85	6	1.6	1.6	89.3
86	9	2.4	2.4	91.6
87	7	1.8	1.8	93.5
88	3	.8	.8	94.2
89	7	1.8	1.8	96.1
90	2	.5	.5	96.6
91	5	1.3	1.3	97.9
94	2	.5	.5	98.4
95	1	.3	.3	98.7
96	2	.5	.5	99.2
97	3	.8	.8	100.0
Total	382	100.0	100.0	

Gráfica 1. Distribución por edad de adultos mayores con depresión en el HGZMF No.1



De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que el sexo de mayor presentación dentro de los adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1 fue el femenino, con un 60.7% (N=232), mientras que del sexo masculino tuvo una frecuencia del 39.3% (N=150) (tabla 3 y gráfica 2).

Tabla 3. Distribución de sexo de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	150	39.3	39.3	39.3
	Femenino	232	60.7	60.7	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

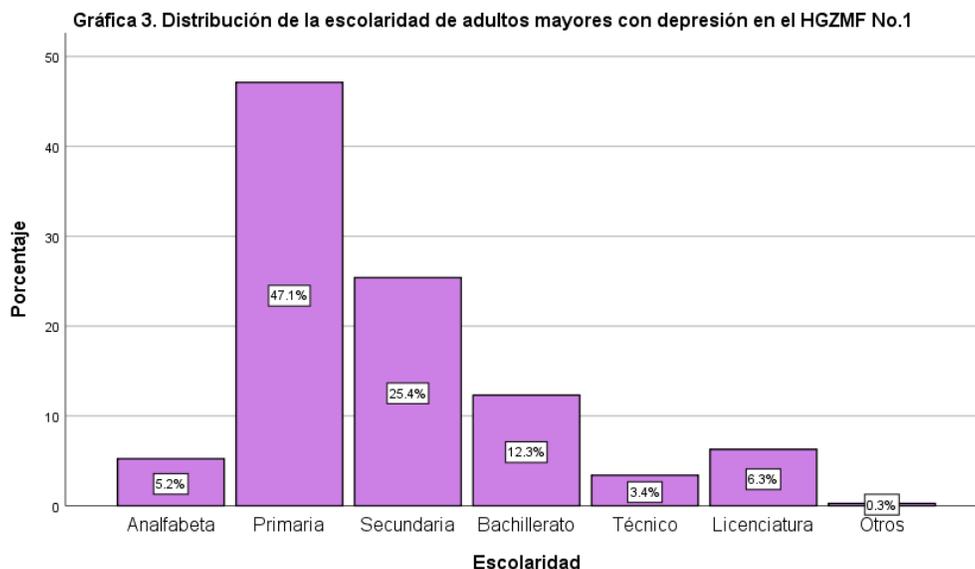
Gráfica 2. Distribución de sexo de adultos mayores con depresión en el HGZMF No.1



Dentro del estudio realizado se determinó la escolaridad presente en cada derechohabiente, siendo el de mayor frecuencia el nivel primaria en un 47.1% (N=180), el segundo de mayor frecuencia es secundaria en un 25.4% (N=97), en tercero el nivel bachillerato con un 12.3% (N=47), en cuarto lugar encontramos con licenciatura en un 6.3% (N=24), en quinto con un 5.2% (N=20) se hallaron adultos mayores con analfabetismo, un 3.4% (N=13) determinaron contar con estudios técnicos, y por último se reportó a un paciente con otro tipo de estudios no mencionados en la encuesta siendo el 0.3% (N=1) (tabla 4 y gráfica 3).

Tabla 4. Distribución de la escolaridad de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1

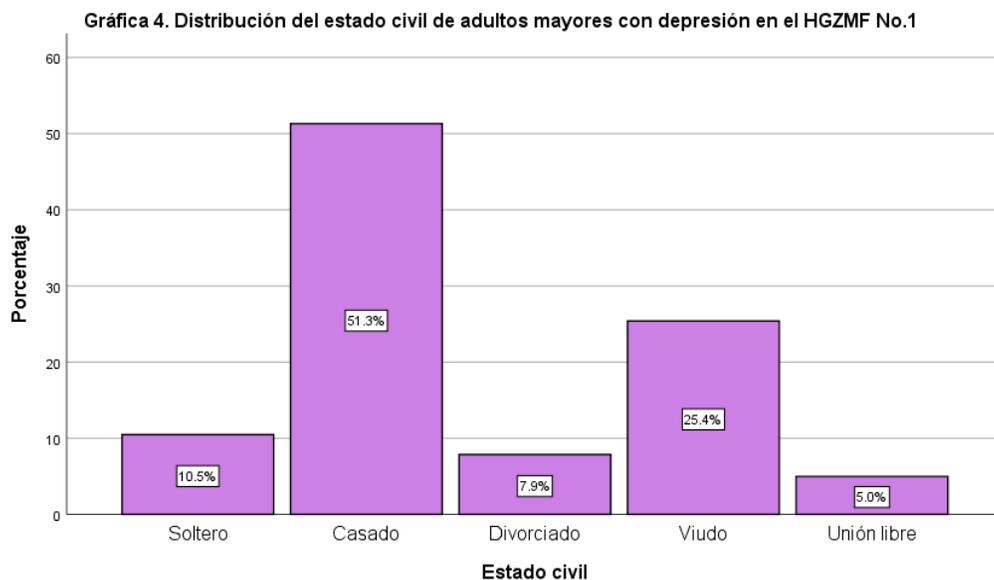
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeta	20	5.2	5.2	5.2
	Primaria	180	47.1	47.1	52.4
	Secundaria	97	25.4	25.4	77.7
	Bachillerato	47	12.3	12.3	90.1
	Técnico	13	3.4	3.4	93.5
	Licenciatura	24	6.3	6.3	99.7
	Otros	1	.3	.3	100.0
	Total	382	100.0	100.0	



Se encontró en el estudio que la mayor parte de los adultos mayores con depresión tienen un estado civil casado con un porcentaje del 51,3% del total (N=196), como viudos se reportaron en un 25.4% (N=97), solteros en un 10.5% (N=40), divorciados 7.9% (N=30), mientras que en menor frecuencia se reportaron en unión libre con un 5% (N=19) (tabla 5 y gráfica 4).

**Tabla 5. Distribución del estado civil de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	40	10.5	10.5	10.5
	Casado	196	51.3	51.3	61.8
	Divorciado	30	7.9	7.9	69.6
	Viudo	97	25.4	25.4	95.0
	Unión libre	19	5.0	5.0	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

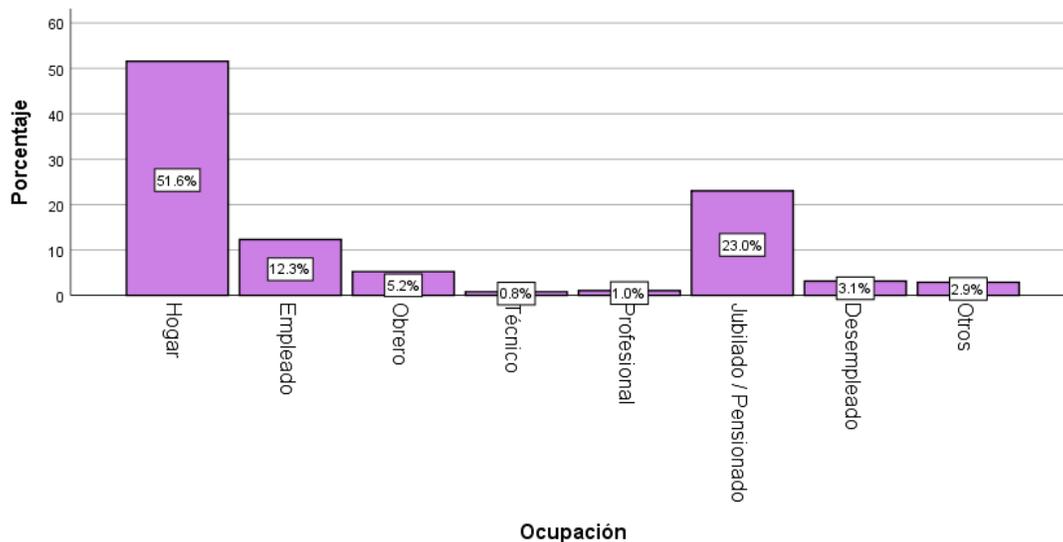


Se identificó en el estudio que gran número de los adultos mayores con depresión señaló que su ocupación se encuentra dentro del hogar con una frecuencia del 51.6% (N=196), como jubilado / pensionado se encontró en un 23% (N=88), empleado se seleccionó en un 12.3% (N=47), obrero en un 5.2% (N=20), se encuentran desempleados un 3.1% (N=12), mientras que un 2.9% (N=11) marco otra ocupación no mencionada en la encuesta, y finalmente un 0.8% (N=3) señaló ejercer como técnico (tabla 6 y gráfica 5).

**Tabla 6. Distribución de la ocupación de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hogar	197	51.6	51.6	51.6
	Empleado	47	12.3	12.3	63.9
	Obrero	20	5.2	5.2	69.1
	Técnico	3	.8	.8	69.9
	Profesional	4	1.0	1.0	70.9
	Jubilado / Pensionado	88	23.0	23.0	94.0
	Desempleado	12	3.1	3.1	97.1
	Otros	11	2.9	2.9	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

Gráfica 5. Distribución de la ocupación de adultos mayores con depresión en el HGZMF No.1

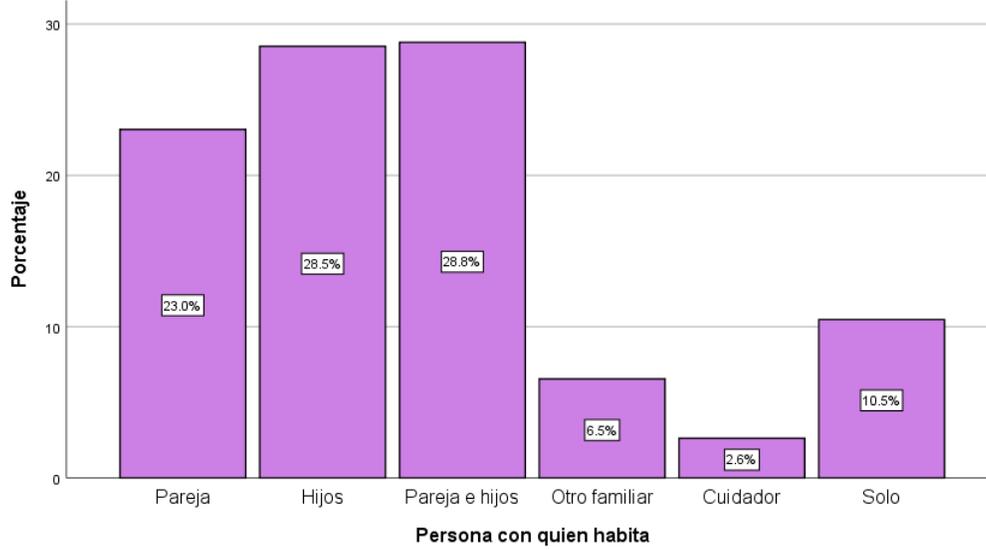


Como datos sociodemográficos en la encuesta aplicada, los adultos mayores con depresión mencionaron habitar en compañía de su pareja e hijos en un 28.8% (N=110), casi similar en un 28.5% (N=109) marcaron habitar solo con hijos, continuando con 23% (N=88) quienes viven únicamente con su pareja, un 10.5% (N=40) se encuentra viviendo solo, un 6.5% (N=25) en compañía de otro familiar, y el 2.6% (N=10) se encuentra con cuidador (tabla 7 y gráfica 6).

Tabla 7. Distribución de persona con quien habitan de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pareja	88	23.0	23.0	23.0
	Hijos	109	28.5	28.5	51.6
	Pareja e hijos	110	28.8	28.8	80.4
	Otro familiar	25	6.5	6.5	86.9
	Cuidador	10	2.6	2.6	89.5
	Solo	40	10.5	10.5	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

Gráfica 6. Distribución de persona con quien habitan de adultos mayores con depresión en el HGZMF No.1



Como datos clínicos de los adultos mayores con depresión, se determinó como variable a estudiar las comorbilidades presentes en esta población. Las cuales se distribuyeron de la siguiente manera:

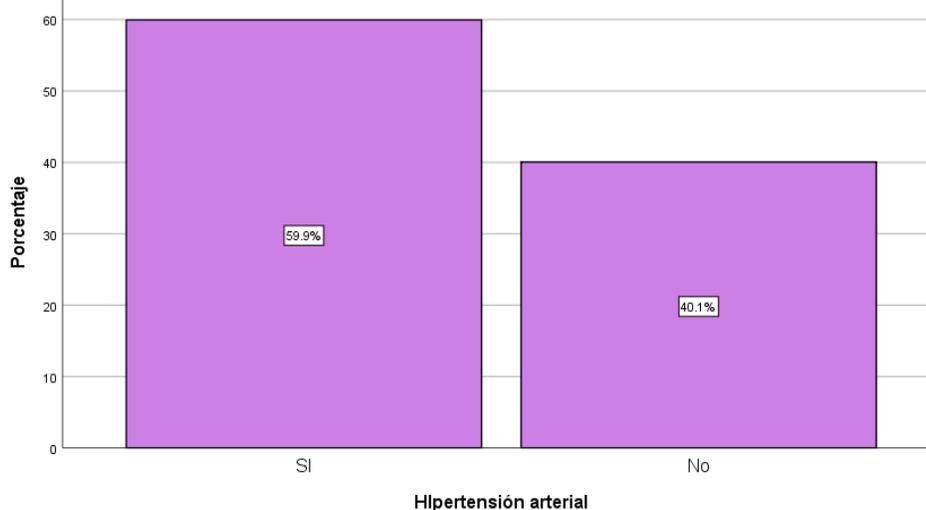
- Con hipertensión arterial se encontraron en un 59.9% (N=229) y un 40.1% (N= 153) negó tener la patología (tabla 8 y gráfica 7).

Tabla 8. Distribución de hipertensión arterial de adultos mayores con depresión en el HGZMF No.

1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	229	59.9	59.9	59.9
	No	153	40.1	40.1	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

Gráfica 7. Distribución de hipertensión arterial de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1

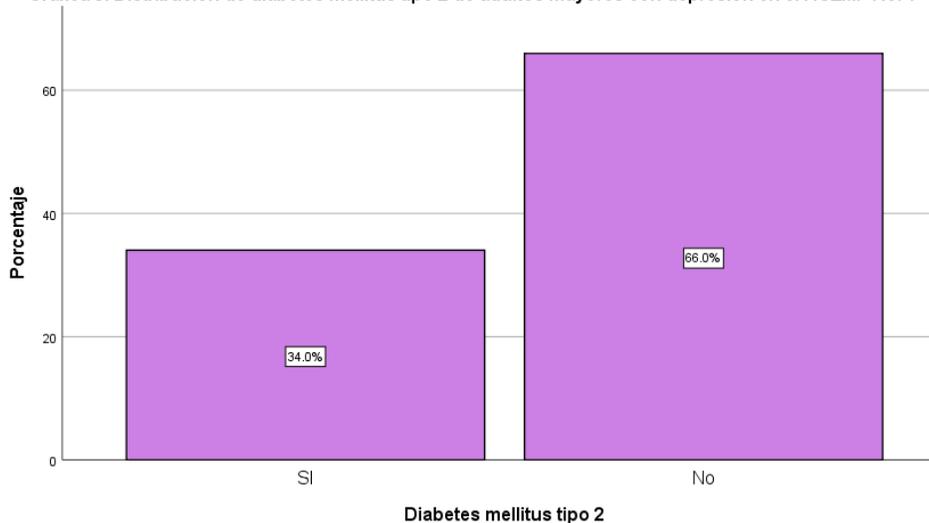


- Con diabetes mellitus tipo 2 se mostró un 34% (N=130) y un 66% (N=252) descartó presentarla (tabla 9 y gráfica 8).

Tabla 9. Distribución de diabetes mellitus tipo 2 de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	130	34.0	34.0	34.0
	No	252	66.0	66.0	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

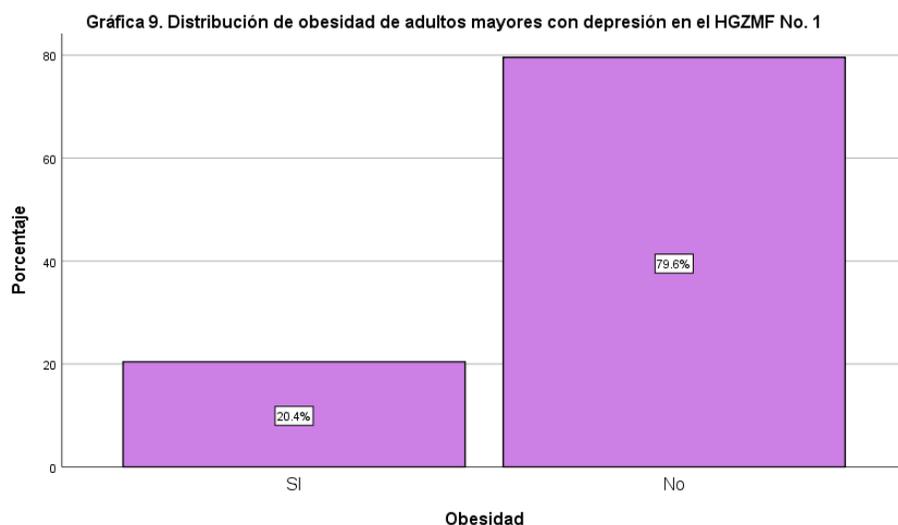
Gráfica 8. Distribución de diabetes mellitus tipo 2 de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1



- En obesidad señalaron encontrarse un 20.4% (N=78) y el otro 79.6% (N= 304) fuera de obesidad (tabla 10 y gráfica 9).

**Tabla 10. Distribución de obesidad de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

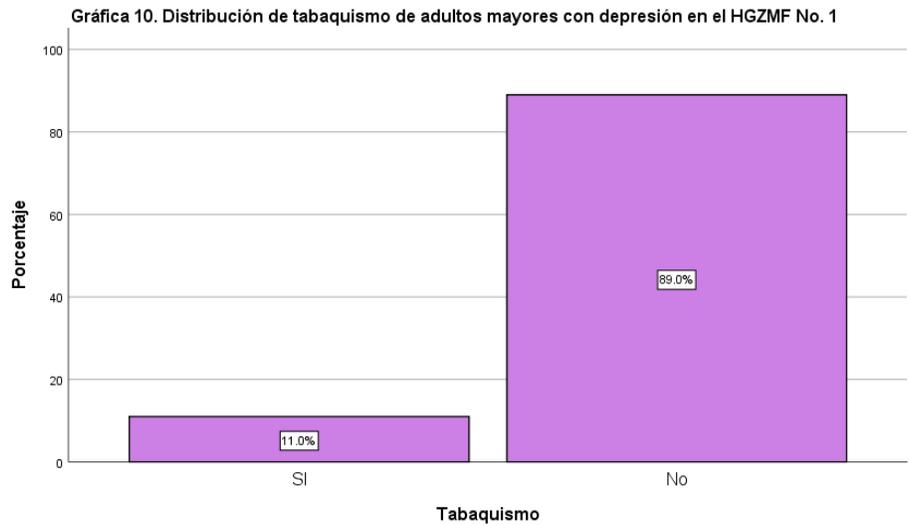
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	78	20.4	20.4	20.4
	No	304	79.6	79.6	100.0
	Total	382	100.0	100.0	



- Con tabaquismo se identificó un 11% (N=42) y sin tabaquismo un 89% (N=340) (tabla 11 y gráfica 10).

**Tabla 11. Distribución de tabaquismo de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	42	11.0	11.0	11.0
	No	340	89.0	89.0	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

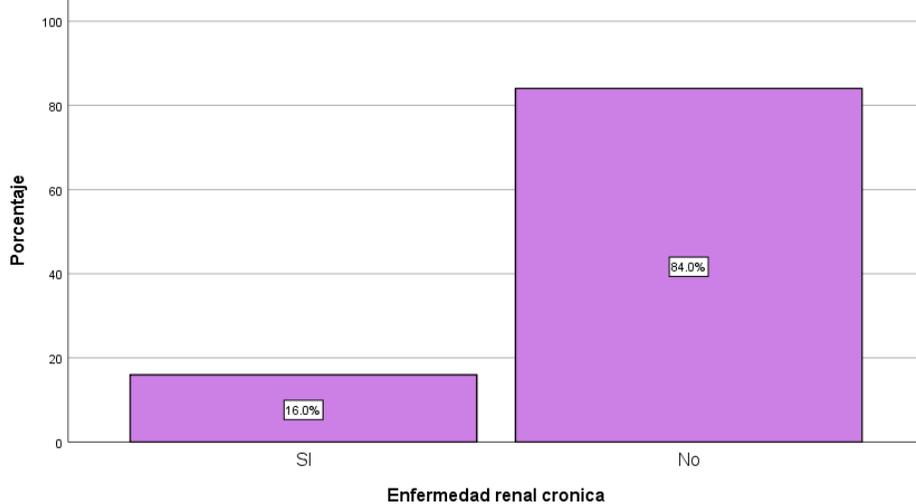


- Con enfermedad renal crónica se reportaron en un 16% (N=61) y un 84% (N=321) niega tenerla (tabla 12 y gráfica 11).

**Tabla 12. Distribución de enfermedad renal crónica de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	61	16.0	16.0	16.0
	No	321	84.0	84.0	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

**Gráfica 11. Distribución de enfermedad renal crónica de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

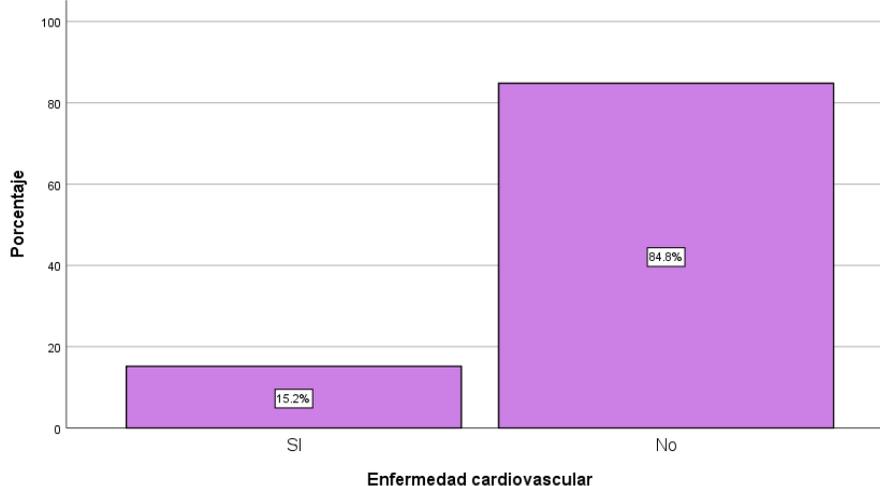


- La enfermedad cardiovascular se presentó en un 15.2% (N=58) de los encuestados y un 84.8% (N=324) determinó no tenerla (tabla 13 y gráfica 12).

**Tabla 13. Distribución de enfermedad cardiovascular de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	58	15.2	15.2	15.2
	No	324	84.8	84.8	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

**Gráfica 12. Distribución de enfermedad cardiovascular de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

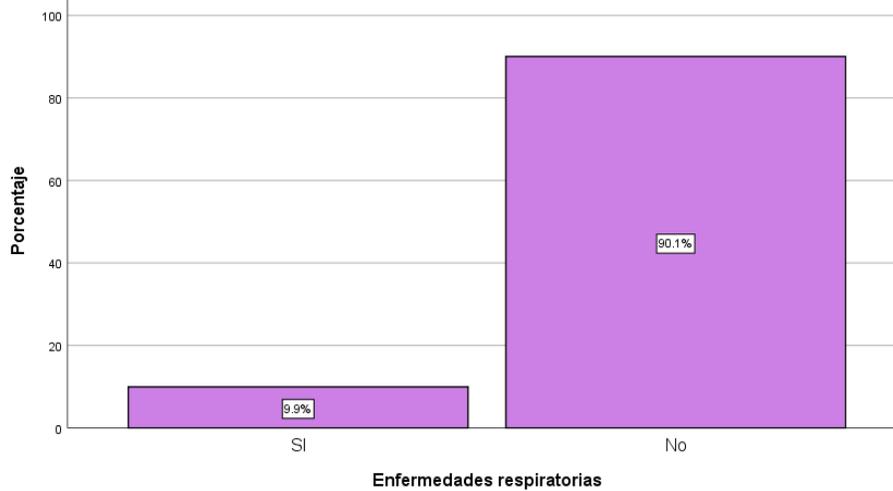


- Las enfermedades respiratorias se mostraron en una frecuencia del 9.9% (N=38) y un 90.1% (N= 344) no la reportó (tabla 14 y gráfica 13).

**Tabla 14. Distribución de enfermedades respiratorias de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	38	9.9	9.9	9.9
	No	344	90.1	90.1	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

Gráfica 13. Distribución de enfermedades respiratorias de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1

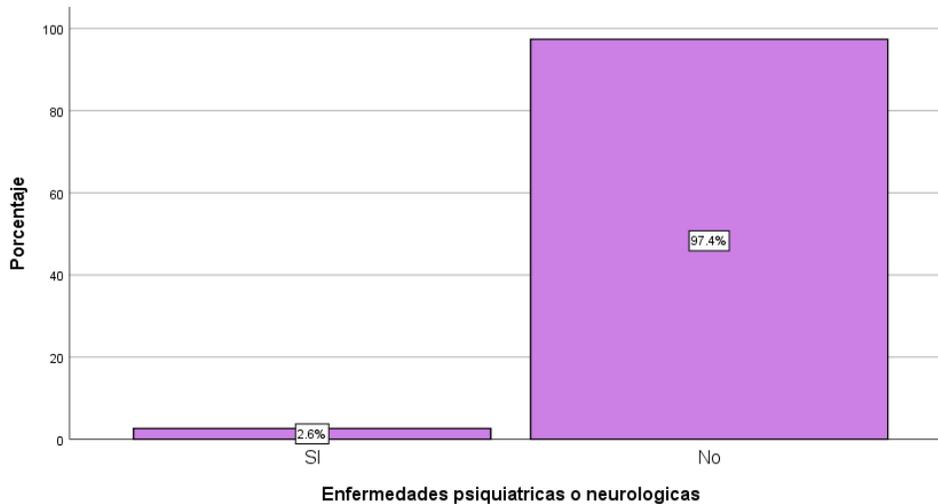


- Con enfermedades psiquiátricas o neurológicas que se permitían de acuerdo con los criterios de selección se reportaron un 2.6% (N=10) y un 97.4% (N= 372) sin ellas (tabla 15 y gráfica 14).

Tabla 15. Distribución de enfermedades psiquiátricas o neurológicas de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	10	2.6	2.6	2.6
	No	372	97.4	97.4	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

Gráfica 14. Distribución de enfermedades psiquiátricas o neurológicas de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1

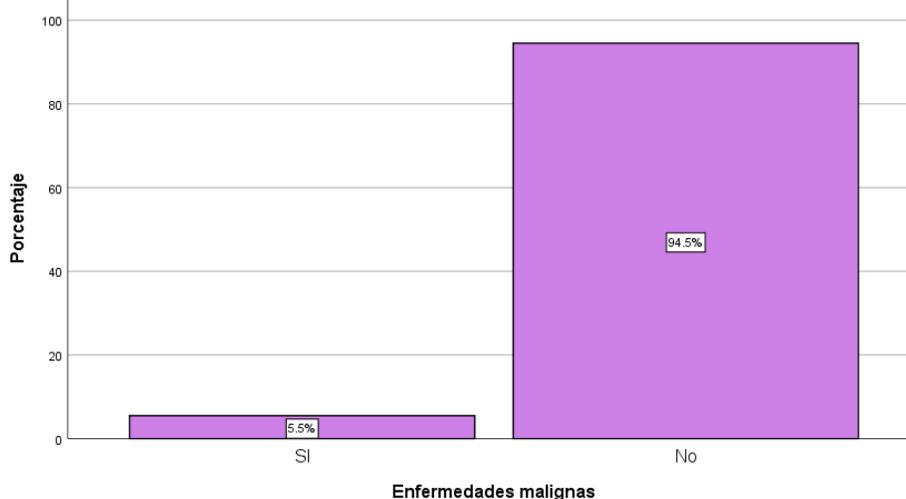


- Las enfermedades malignas se señalaron en una proporción del 5.5% (N=21) de manera afirmativa y en un 94.5% (N=361) de manera negativa (tabla 16 y gráfica 15).

**Tabla 16. Distribución de enfermedades malignas de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	21	5.5	5.5	5.5
	No	361	94.5	94.5	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

**Gráfica 15. Distribución de enfermedades malignas de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

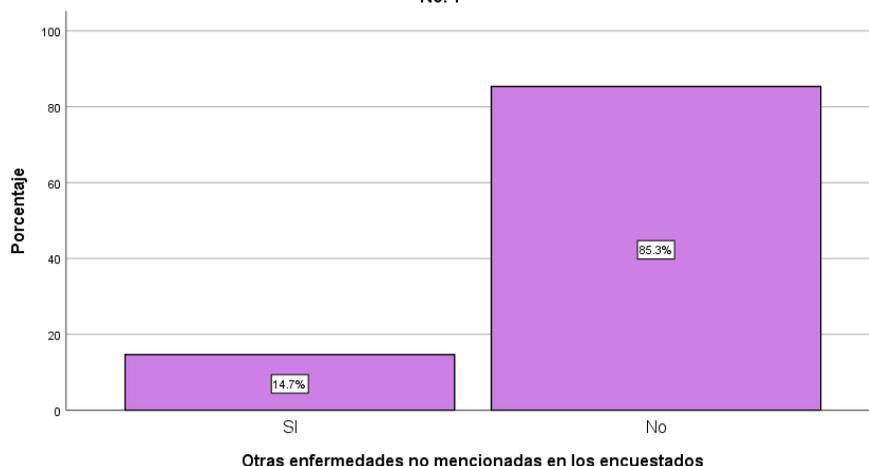


- La opción de "Otras enfermedades mencionadas" fue marcada en un 14.7% (N=56) y un 85.3% (N= 326) no se marcó (tabla 17 y gráfica 16).

**Tabla 17. Distribución de otras enfermedades mencionadas de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	56	14.7	14.7	14.7
	No	326	85.3	85.3	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

Gráfica 16. Distribución de otras enfermedades mencionadas de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1



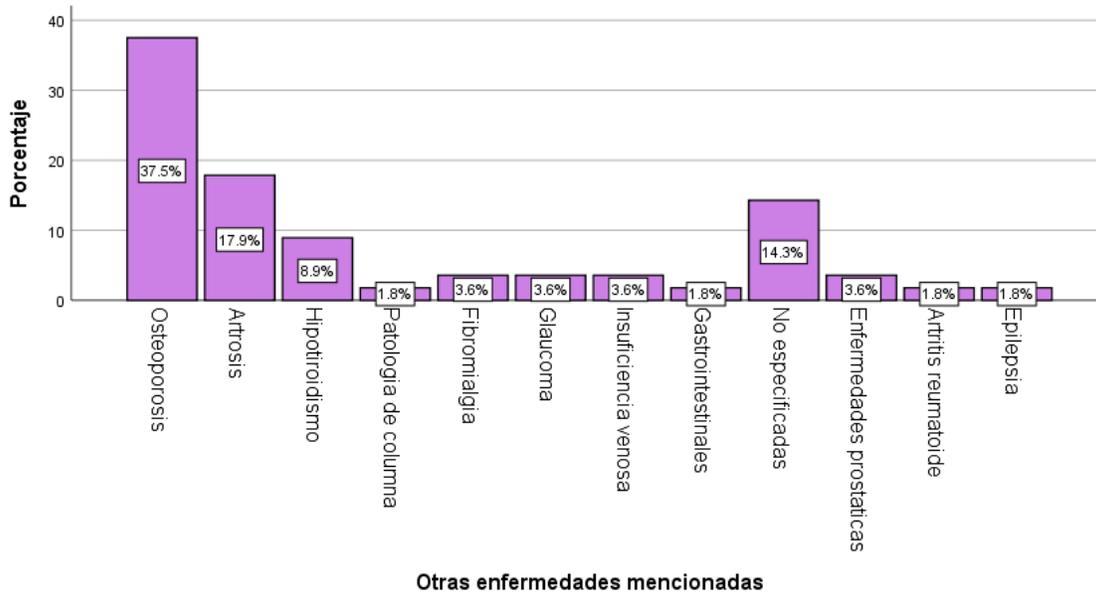
Dentro de esta opción se describieron diversas enfermedades entre las cuales resaltó osteoporosis en un 5.5% (N=21), artrosis en 2.6% (N=10), no se especificó la patología en un 2.1% (N=8), el hipotiroidismo en 1.3% (N=5), mientras que el glaucoma, la insuficiencia venosa y las enfermedades prostáticas se mencionaron con un resultado similar del 0.5% (N=2), y finalmente se describieron las enfermedades gastrointestinales, artritis reumatoide, epilepsia y patología de columna en un 0.3% (N=1) (tabla 18 y gráfica 17).

Tabla 18. Distribución de otras enfermedades mencionadas de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Osteoporosis	21	5.5	37.5	37.5
	Artrosis	10	2.6	17.9	55.4
	Hipotiroidismo	5	1.3	8.9	64.3
	Patología de columna	1	.3	1.8	66.1
	Fibromialgia	2	.5	3.6	69.6
	Glaucoma	2	.5	3.6	73.2
	Insuficiencia venosa	2	.5	3.6	76.8
	Gastrointestinales	1	.3	1.8	78.6
	No especificadas	8	2.1	14.3	92.9
	Enfermedades prostáticas	2	.5	3.6	96.4
	Artritis reumatoide	1	.3	1.8	98.2
	Epilepsia	1	.3	1.8	100.0
	Total	56	14.7	100.0	

Sin otras enfermedades	Total	326	85.3	
Total		382	100.0	

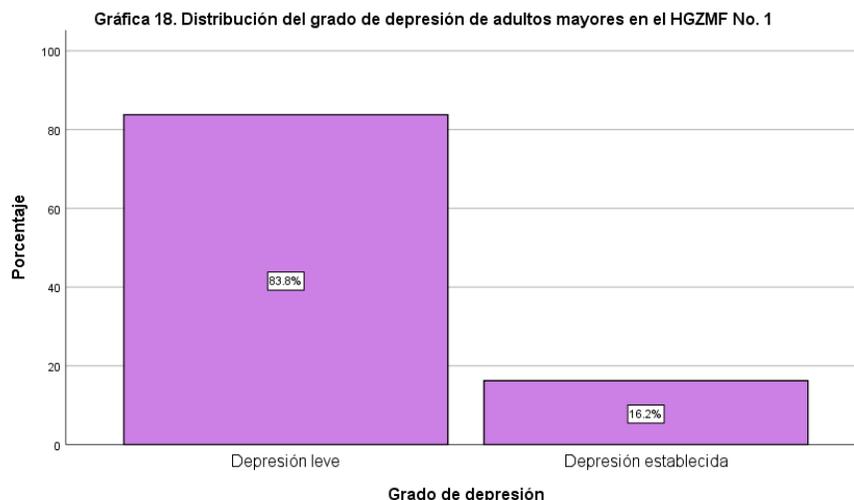
**Gráfica 17. Distribución de otras enfermedades mencionadas de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**



Como parte de los objetivos a cumplir, fue el identificar aquellos adultos mayores con algún grado de depresión hasta obtener la muestra requerida. Al cumplir dicha meta se clasificó la patología de acuerdo con la escala de Yesavage como depresión leve y depresión establecida, presentándose en un 83.8% (N=320) y un 16.2% (N=62) respectivamente (tabla 19 y gráfica 18).

**Tabla 19. Distribución del grado de depresión de adultos mayores en el HGZMF No. 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Depresión leve	320	83.8	83.8	83.8
	Depresión establecida	62	16.2	16.2	100.0
	Total	382	100.0	100.0	



Con base al Índice de multiculturalidad de calidad de vida, se evaluó la calidad de vida a los adultos mayores que fueron identificados con depresión, y de acuerdo con la información obtenida se recabaron los siguientes resultados:

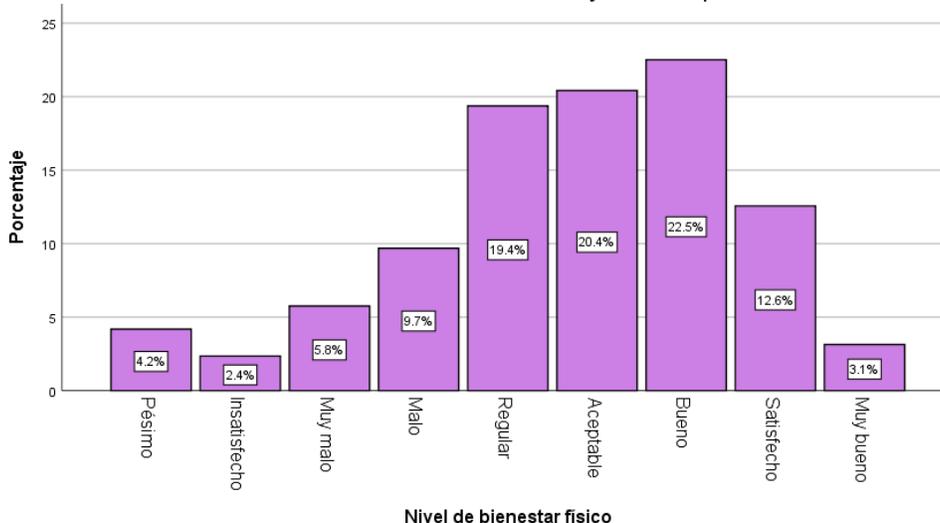
- En cuanto a bienestar físico los derechohabientes señalaron en mayor proporción contar con un nivel de energía correspondiente a bueno estando presente en un 22.5% (N=86), un 20.4% (N=78) lo mencionó como aceptable, un 19.4% (N=74) como regular, el 12.6% (N=48) se dijo satisfecho, un 9.7% (N=37) lo reportó como malo, un 5.8% (N=22) como muy malo, el 4.2% (N= 16) lo identificó como pésimo, un 3.1% (N=12) lo refirió muy bueno y el 2.4% (N=9) lo describió como insatisfecho (tabla 20 y gráfica 19).

**Tabla 20. Distribución del nivel de bienestar físico de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pésimo	16	4.2	4.2	4.2
	Insatisfecho	9	2.4	2.4	6.5
	Muy malo	22	5.8	5.8	12.3
	Malo	37	9.7	9.7	22.0
	Regular	74	19.4	19.4	41.4
	Aceptable	78	20.4	20.4	61.8
	Bueno	86	22.5	22.5	84.3
	Satisfecho	48	12.6	12.6	96.9

Muy bueno	12	3.1	3.1	100.0
Total	382	100.0	100.0	

Gráfica 19. Distribución del nivel de bienestar físico de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1

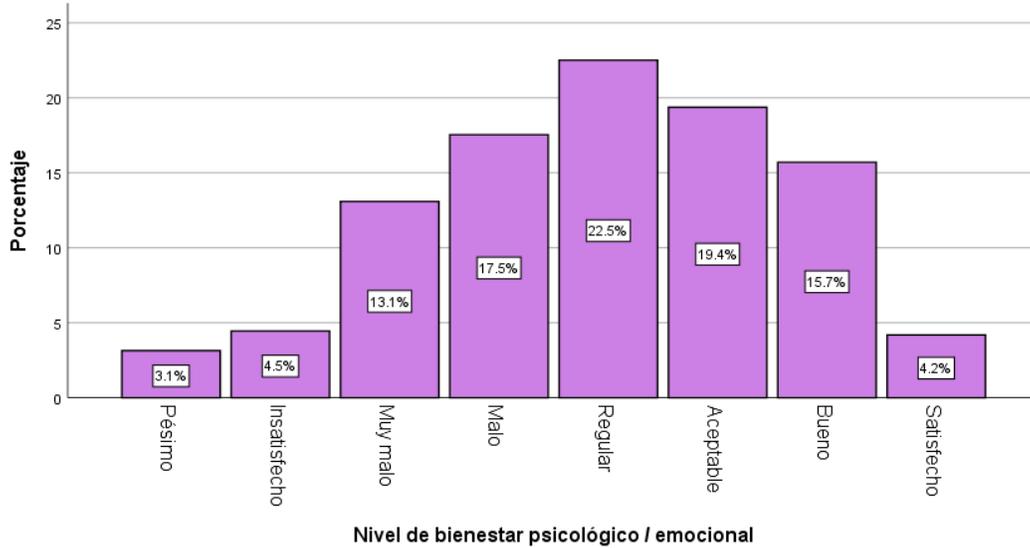


- En tanto el bienestar psicológico / emocional que manifestaron los encuestados se encontraba con mayor proporción el nivel de regular en un 22.5% (N=86), seguido de aceptable con 19.4% (N=74), continuando en un 17.5% (N=67) como malo, en tanto bueno se indicó en 15.7% (N=60), se manifestó así mismo como muy malo en 13.1% (N=50), el 4.5% (N=17) se señaló como insatisfecho, mientras que el 4.2% (N= 16) como satisfecho y finalmente un 3.1% (N=12) lo refirió como pésimo en cuanto a su nivel de ánimo (tabla 21 y gráfica 20).

Tabla 21. Distribución del nivel de bienestar psicológico / emocional de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pésimo	12	3.1	3.1	3.1
	Insatisfecho	17	4.5	4.5	7.6
	Muy malo	50	13.1	13.1	20.7
	Malo	67	17.5	17.5	38.2
	Regular	86	22.5	22.5	60.7
	Aceptable	74	19.4	19.4	80.1
	Bueno	60	15.7	15.7	95.8
	Satisfecho	16	4.2	4.2	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

**Gráfica 20. Distribución del nivel de bienestar psicológico / emocional de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

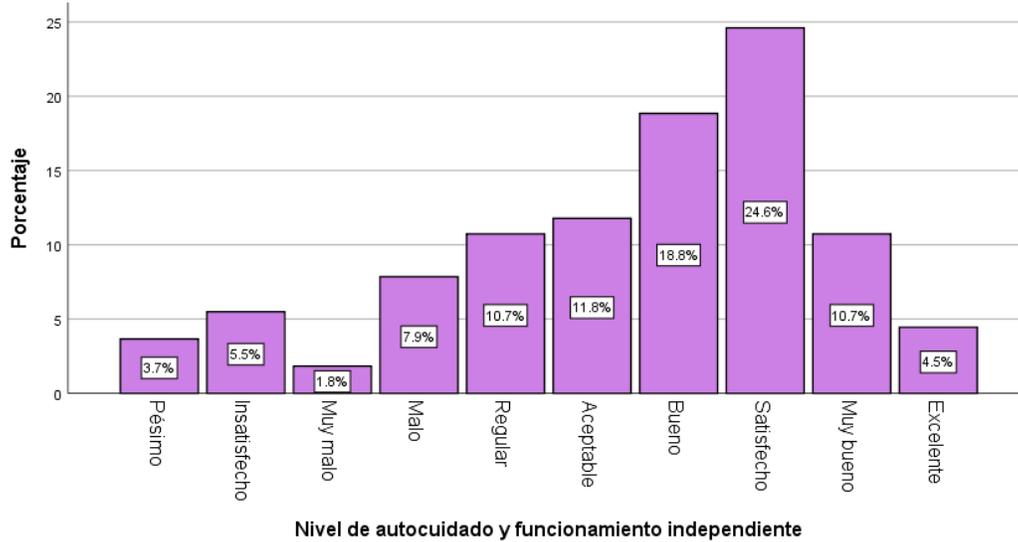


- Dentro del aspecto de autocuidado y funcionamiento independiente los encuestados se mostraron en un 24.6% (N=94) en nivel satisfecho, continuando en un 18.8% (N=72) en nivel bueno, después en un mismo valor se manifestaron personas en un nivel tanto como regular como muy bueno con 10.7% (N=41), le siguió en un 7.9% (N=30) el malo, después en un 4.5% (N=17) se señalaron como excelentes, el 3.7% (N=17) como pésimo y de manera poco frecuente en un 1.8% (N=7) se reportaron como muy malo (tabla 22 y gráfica 21).

**Tabla 22. Distribución del nivel de autocuidado y funcionamiento independiente de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Pésimo	14	3.7	3.7	3.7
Insatisfecho	21	5.5	5.5	9.2
Muy malo	7	1.8	1.8	11.0
Malo	30	7.9	7.9	18.8
Regular	41	10.7	10.7	29.6
Aceptable	45	11.8	11.8	41.4
Bueno	72	18.8	18.8	60.2
Satisfecho	94	24.6	24.6	84.8
Muy bueno	41	10.7	10.7	95.5
Excelente	17	4.5	4.5	100.0
Total	382	100.0	100.0	

**Gráfica 21. Distribución del nivel de autocuidado y funcionamiento independiente de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

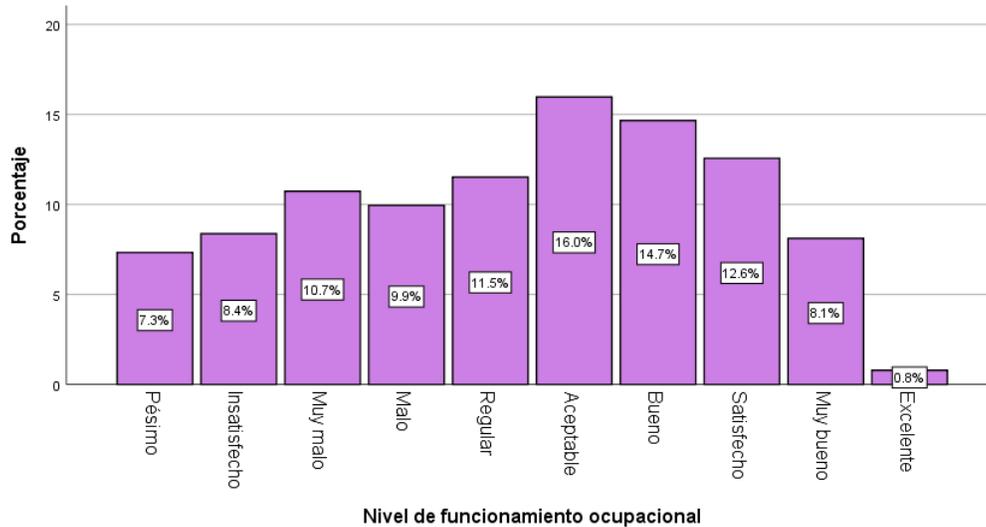


- Para el funcionamiento ocupacional que se evaluó en los adultos mayores la mayoría manifestó encontrarse en un nivel aceptable con 16% (N=61), como bueno fue en un 14.7% (N=56), un 12.6% (N=48) se mencionan satisfechos, mientras que el 10.7% (N=41) se dijo estar en un nivel muy malo, el 9.9% (N=38) fue como malo, un 8.4% (N=32) lo reportó como insatisfecho, seguida de un 8.1% (N=31) como muy bueno, contrario a él 7.3% (N= 28) que corresponden a pésimo y por último el 0.8% (N=3) lo describió como excelente (tabla 23 y gráfica 22).

**Tabla 23. Distribución del nivel de funcionamiento ocupacional de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pésimo	28	7.3	7.3	7.3
	Insatisfecho	32	8.4	8.4	15.7
	Muy malo	41	10.7	10.7	26.4
	Malo	38	9.9	9.9	36.4
	Regular	44	11.5	11.5	47.9
	Aceptable	61	16.0	16.0	63.9
	Bueno	56	14.7	14.7	78.5
	Satisfecho	48	12.6	12.6	91.1
	Muy bueno	31	8.1	8.1	99.2
	Excelente	3	.8	.8	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

**Gráfica 22. Distribución del nivel de funcionamiento ocupacional de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**



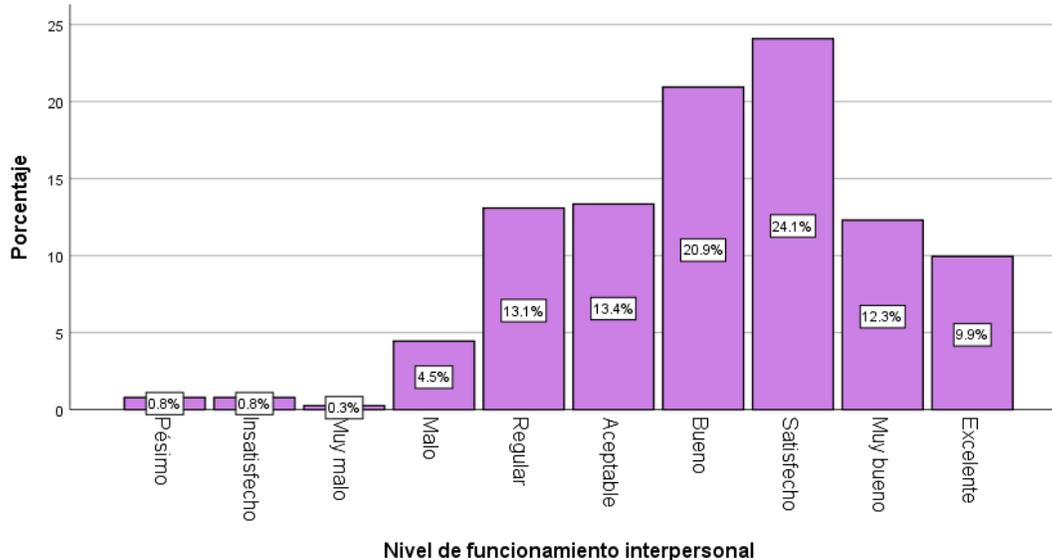
- El funcionamiento interpersonal se manifestó de la siguiente manera, en gran cantidad lo analogaron como satisfecho en un 24.1% (N=92), un 20.9% (N=80) se asimiló como bueno, un 13.4% (N=51) fue en un nivel aceptable, el 13.1% (N=50) para regular, un 12.3% (N=47) se mencionó como muy bueno, un 9.9% (N=38) se reportó como excelente, mientras que los niveles menores fueron marcadas en pequeña cantidad con un 4.5% (N= 17) para malo, un 0.8% (N=3) en misma cantidad tanto para nivel insatisfecho como para pésimo y en un 0.3% (N=1) fue descrito como muy malo (tabla 24 y gráfica 23).

**Tabla 24. Distribución del nivel de funcionamiento interpersonal de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pésimo	3	.8	.8	.8
	Insatisfecho	3	.8	.8	1.6
	Muy malo	1	.3	.3	1.8
	Malo	17	4.5	4.5	6.3
	Regular	50	13.1	13.1	19.4
	Aceptable	51	13.4	13.4	32.7
	Bueno	80	20.9	20.9	53.7
	Satisfecho	92	24.1	24.1	77.7
	Muy bueno	47	12.3	12.3	90.1
	Excelente	38	9.9	9.9	100.0

Total	382	100.0	100.0
-------	-----	-------	-------

**Gráfica 23. Distribución del nivel de funcionamiento interpersonal de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**



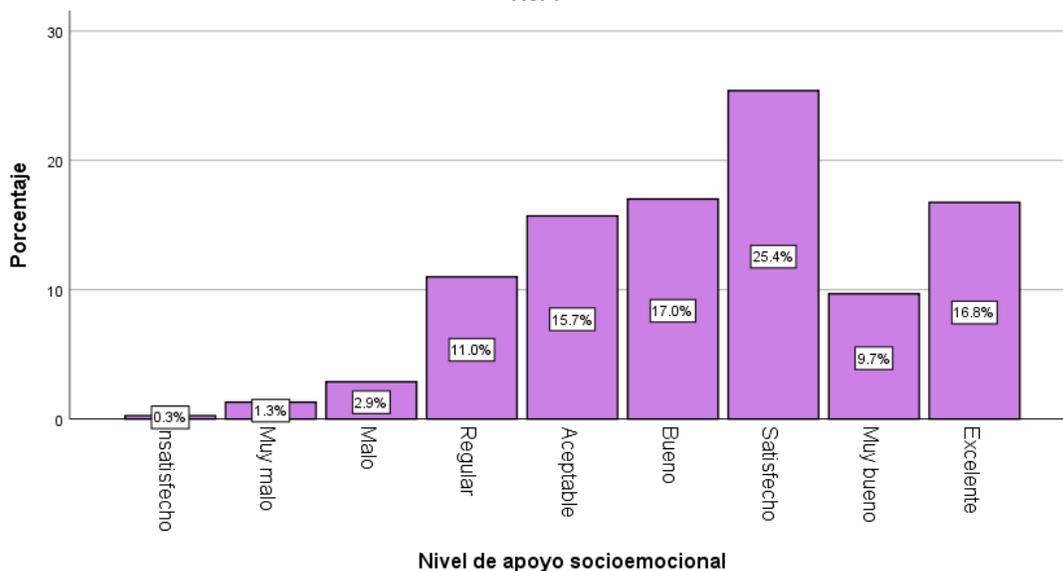
- En cuanto el aspecto de apoyo socioemocional evaluado en los adultos mayores con depresión se concluyó en un gran porcentaje en rango de satisfecho con 25.4% (N=97), le continúa un 17% (N=65) con bueno, después con un 16.8% (N=64) se manifestó como excelente, mientras que el 15.7% (N=60) se dijo estar en un nivel aceptable, el 11% (N=42) se encontró como regular, un 9.7% (N=37) lo manifestó como muy bueno, el 2.9% (N=11) está en malo, posteriormente el 1.3% (N= 5) se determinó como muy malo y el 0.3% (N=1) fue insatisfecho (tabla 25 y gráfica 24).

**Tabla 25. Distribución del nivel de apoyo socio emocional de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Insatisfecho	1	.3	.3	.3
	Muy malo	5	1.3	1.3	1.6
	Malo	11	2.9	2.9	4.5
	Regular	42	11.0	11.0	15.4
	Aceptable	60	15.7	15.7	31.2
	Bueno	65	17.0	17.0	48.2
	Satisfecho	97	25.4	25.4	73.6
	Muy bueno	37	9.7	9.7	83.2

Excelente	64	16.8	16.8	100.0
Total	382	100.0	100.0	

Gráfica 24. Distribución del nivel de apoyo socioemocional de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1



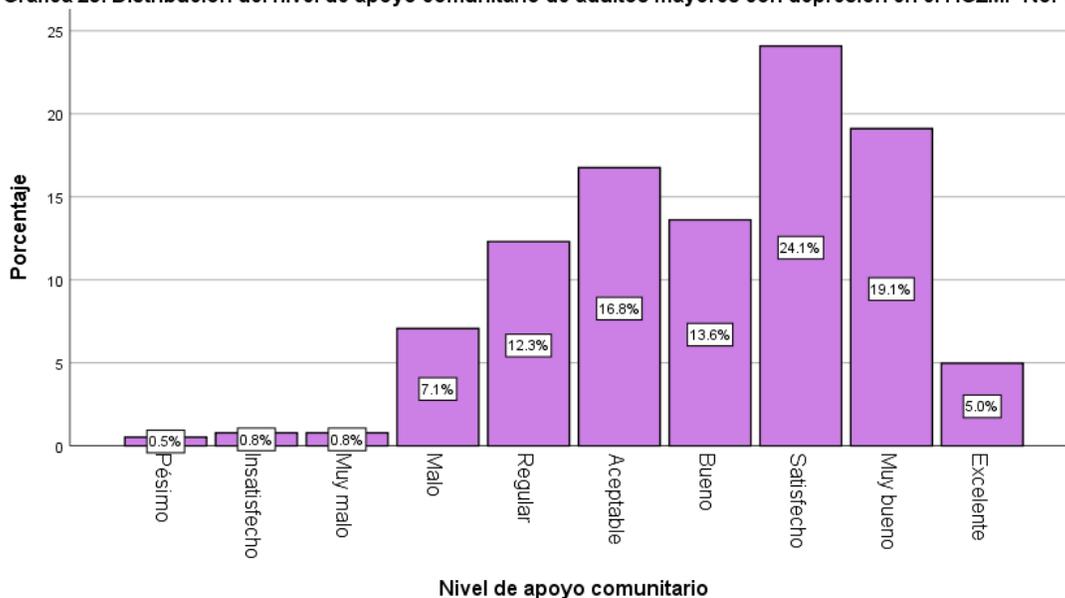
- Dentro del aspecto de apoyo comunitario los derechohabientes señalaron en mayor frecuencia contar con un nivel correspondiente a satisfecho estando presente en un 24.1% (N=92), un 19.1% (N=73) lo mencionó como muy bueno, un 16.8% (N=64) como aceptable, el 13.6% (N=52) se asoció a bueno, un 12.3% (N=47) lo reportó como regular, un 7.1% (N=27) como malo, el 5% (N= 19) lo identificó como excelente, un 0.8% (N=3) lo refirió tanto muy malo como insatisfecho y el 0.5% (N=2) lo describió como pésimo (tabla 26 y gráfica 25).

Tabla 26. Distribución del nivel de apoyo comunitario de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pésimo	2	.5	.5	.5
	Insatisfecho	3	.8	.8	1.3
	Muy malo	3	.8	.8	2.1
	Malo	27	7.1	7.1	9.2
	Regular	47	12.3	12.3	21.5
	Aceptable	64	16.8	16.8	38.2

Bueno	52	13.6	13.6	51.8
Satisfecho	92	24.1	24.1	75.9
Muy bueno	73	19.1	19.1	95.0
Excelente	19	5.0	5.0	100.0
Total	382	100.0	100.0	

Gráfica 25. Distribución del nivel de apoyo comunitario de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1



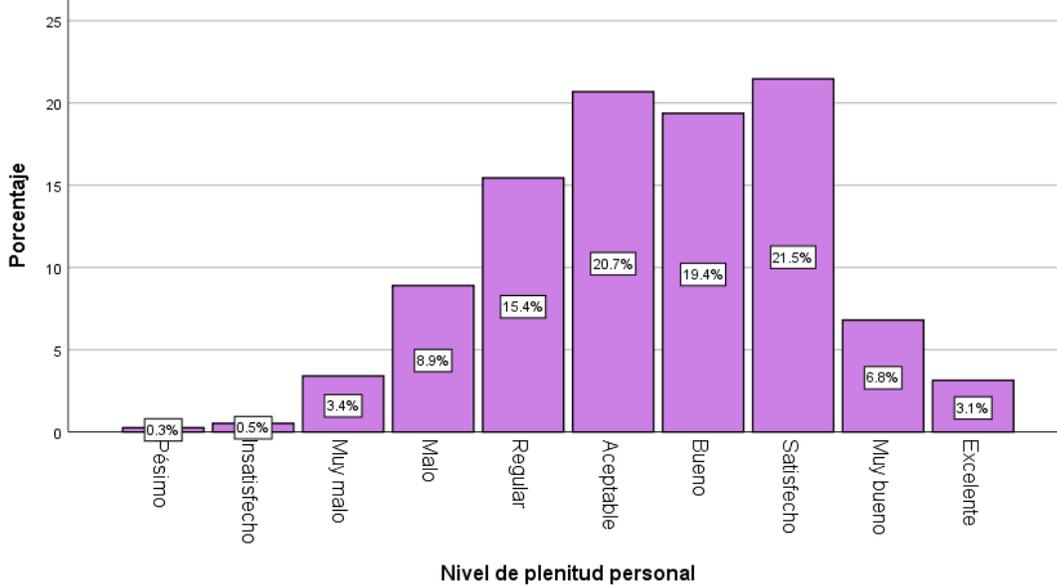
- La plenitud personal que manifestaron los encuestados se encontraba con mayor proporción el nivel de satisfecho en un 21.5% (N=82), seguido de aceptable con 20.7% (N=79), continuando en un 19.4% (N=74) como bueno, en tanto regular se indicó en 15.4% (N=59), se describió así mismo como malo en 8.9% (N=34), el 6.8% (N=26) se señaló como muy bueno, mientras que el 3.4% (N= 13) como muy malo, un 3.1% (N=12) se determinó como excelente, un 0.5% (N=2) como insatisfecho y finalmente un 0.3% (N=1) lo refirió como pésimo (tabla 27 y gráfica 26).

Tabla 27. Distribución de nivel de plenitud personal de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pésimo	1	.3	.3
	Insatisfecho	2	.5	.8
	Muy malo	13	3.4	4.2
	Malo	34	8.9	13.1

Regular	59	15.4	15.4	28.5
Aceptable	79	20.7	20.7	49.2
Bueno	74	19.4	19.4	68.6
Satisfecho	82	21.5	21.5	90.1
Muy bueno	26	6.8	6.8	96.9
Excelente	12	3.1	3.1	100.0
Total	382	100.0	100.0	

Gráfica 26. Distribución de nivel de plenitud personal de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1



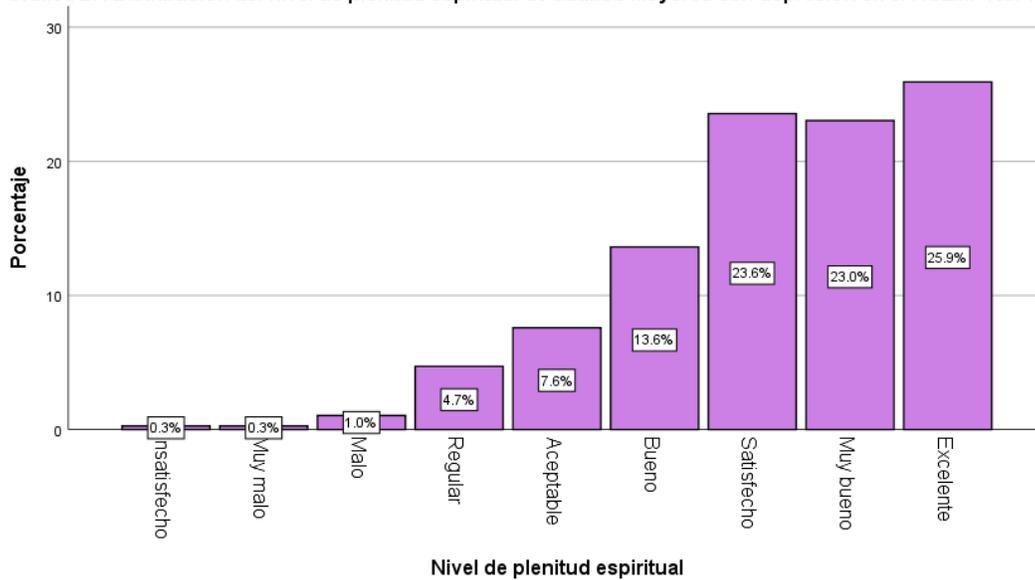
- La plenitud espiritual fue evaluada por los encuestados de la siguiente manera, se mostraron en un 25.9% (N=99) con grado de excelente, continuando en un 23.6% (N=90) en nivel satisfecho, se reportó como muy bueno con 23% (N=88), le siguió en un 13.6% (N=52) el bueno, después en un 7.6% (N=29) se señalaron con aceptable, el 4.7% (N=18) cómo regular, el 1% (N=4) fue malo y de manera poco frecuente en un 0.3% (N=1) se reportaron tanto muy malo como insatisfecho en este aspecto (tabla 28 y gráfica 27).

Tabla 28. Distribución del nivel de plenitud espiritual de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Insatisfecho	1	.3	.3	.3
Muy malo	1	.3	.3	.5

Malo	4	1.0	1.0	1.6
Regular	18	4.7	4.7	6.3
Aceptable	29	7.6	7.6	13.9
Bueno	52	13.6	13.6	27.5
Satisfecho	90	23.6	23.6	51.0
Muy bueno	88	23.0	23.0	74.1
Excelente	99	25.9	25.9	100.0
Total	382	100.0	100.0	

Gráfica 27. Distribución del nivel de plenitud espiritual de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1



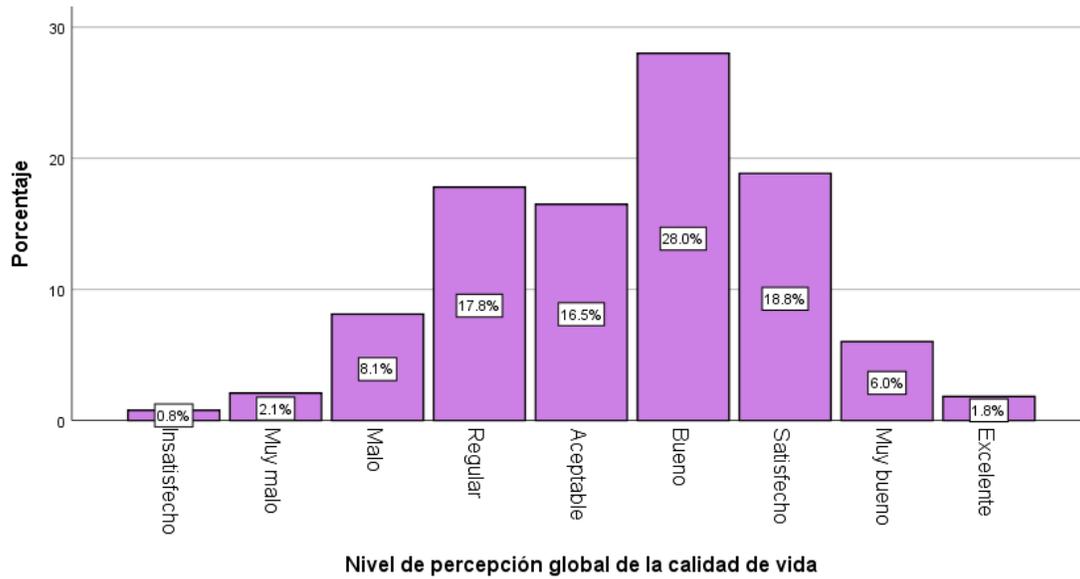
- El último punto por evaluar es la percepción global de la calidad de vida donde mostraron en un 28% (N=107) como bueno, continuando en un 18.8% (N=72) en nivel satisfecho, después en un 17.8% (N=68) como regular, le siguió en un 8.1% (N=31) el malo, después en un 6% (N=23) se señalaron como muy bueno, el 2.1% (N=8) como muy malo, 1.8% (N=7) como excelente y de manera poco frecuente en un 0.8% (N=3) se reportaron como insatisfechos (tabla 29 y gráfica 28).

Tabla 29. Distribución del nivel de percepción global de la calidad de vida de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Insatisfecho	3	.8	.8	.8
	Muy malo	8	2.1	2.1	2.9
	Malo	31	8.1	8.1	11.0

Regular	M x68	17.8	17.8	28.8
Aceptable	63	16.5	16.5	45.3
Buena	107	28.0	28.0	73.3
Satisfecho	72	18.8	18.8	92.1
Muy buena	23	6.0	6.0	98.2
Excelente	7	1.8	1.8	100.0
Total	382	100.0	100.0	

**Gráfica 28. Distribución del nivel de percepción global de la calidad de vida de adultos mayores con depresión en el HGZMF No. 1**



## DISCUSIÓN

Dentro de la realización del presente estudio se determinaron variables sociodemográficas donde se reportó la mínima de 60 años (criterio de inclusión), una máxima de 97 años, y la edad más frecuente los 70 años, así mismo mostro que el sexo femenino fue mayor que el masculino en un 60.7% y la escolaridad predominante fue la primaria con 47.1%. En el estudio de Maier A. y cols., del 2021 marca que los factores de riesgo para desarrollo de depresión son la edad avanzada, el sexo femenino y la escolaridad menor <sup>(6)</sup>, lo cual se encuentra en relación con los resultados de nuestro estudio.

Otras variables sociodemográficas fueron la ocupación donde la de mayor prevalencia fue "el hogar" en un 51.6%, el estado civil "casado" en 51.3% fue el más frecuente y en cuanto a la persona con quien se habita se marcó en gran rango "con pareja e hijos" en un 28.8%. Estos son factores mencionados en el estudio de Flores-Herrera BI y cols., del 2018, donde sugieren que el contexto ambiental, el apoyo emocional de la familia y de la sociedad son elementales para cubrir las necesidades del adulto mayor y con ello mejorar su percepción sobre su calidad de vida. <sup>(22)</sup>

La frecuencia de las comorbilidades descrita fue la siguiente: hipertensión arterial con 59.9%, diabetes mellitus con el 34%, la obesidad se presentó en un 20.4%, la enfermedad renal crónica en un 16%, la enfermedad cardiovascular en un 15.2%, el tabaquismo en un 11%, las enfermedades respiratorias con el 9.9%, enfermedades malignas con 5.5%, las psiquiátricas o neurológicas con 2.6% y dentro de otras enfermedades no descritas se marcó en un 14.7% donde predominó la osteoporosis con 5.5%. Estos elementos se describen en la publicación de Depresión en la Persona Adulta Mayor emitida por la Secretaría de Salud en 2018 donde se hace manifiesto una relación entre la depresión y otras comorbilidades <sup>(8)</sup>, aumentando de forma homogénea el riesgo de presentar depresión como se menciona en el estudio de Maier A. y cols., del 2021. <sup>(6)</sup>

Los resultados documentaron una depresión leve del 83.8%, y el resto se determinó con depresión establecida de acuerdo con la clasificación dispuesta de la escala de Yesavage, escala de depresión geriátrica impresa por el Instituto Nacional de Geriátrica 2019.

De acuerdo con el índice de multiculturalidad de calidad de vida se determinaron y evaluaron 10 aspectos. El primero es el bienestar físico donde se manifestó mayormente como bueno en un 22.5%, en tanto el bienestar psicológico / emocional se describió en un nivel regular con 22.5%. Después se análogo en gran cantidad como nivel de satisfecho en los siguientes 5 aspectos: en el de autocuidado y funcionamiento independiente con 24.6%, en el funcionamiento interpersonal con 24.1%, para el apoyo socioemocional en un 25.4%, en apoyo comunitario con un 24.1% y en la plenitud personal con un 21.5%. Para el funcionamiento ocupacional la mayoría se documentó en un nivel aceptable con 16%, en tanto a plenitud espiritual en gran prevalencia se determinó como excelente con 25.9%, y como último aspecto la percepción global de calidad de vida se reportó como bueno en un 28%. De acuerdo con los resultados obtenidos por el índice de multiculturalidad de calidad de vida en este estudio donde se evalúan 10 aspectos de la vida en un rango del 1 al 10, correspondiendo a 1 como pésimo y 10 como excelente, y haciendo suponer que los niveles menores a 5 (nivel regular) corresponden a mala calidad. Podemos determinar que nuestros resultados de calidad de vida se asocian a una buena calidad de vida, contrario a el estudio realizado por Flores Herrera y cols., del 2018 donde describe que en México la mayor parte de los adultos mayores puntuaron su calidad de vida como deficiente. <sup>(22)</sup>

## CONCLUSIÓN

Posteriormente a la realización de este estudio de investigación, se formularon las siguientes conclusiones correspondientes con los objetivos planteados:

- Se logró interpretar el grado del nivel de calidad de vida que tienen los adultos mayores con depresión, el mayor porcentaje de toda la población estudiada presenta una buena calidad de vida, ya que en todos los aspectos se reportaban por encima del nivel regular.
- La depresión impacta de manera directa sobre el individuo tanto de forma física, emocional, social, y modifica la percepción de su calidad de vida.
- Se describieron 6 variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil y persona con quien habita), destacando que la edad avanzada, el sexo femenino y la escolaridad baja (primaria) corresponden con la literatura como factores de riesgo para la aparición de depresión. Por otro lado, en el rubro de estado civil y de personas con quienes habitan, prevaleció la opción de casado y con pareja e hijos respectivamente, y estas condicionan mayor apoyo socioemocional para los pacientes, siendo elementos importantes para el manejo de la depresión y que mejoran la calidad de vida.
- Se realizó el reconocimiento de 2 variables clínicas (comorbilidades asociadas y grado de depresión), encontrando que hay gran número de patologías asociadas a depresión, y en tanto el nivel de depresión que se encontró con mayor frecuencia fue en un grado leve, con menores repercusiones sobre la funcionalidad del enfermo.

Nuestros resultados reportaron buena calidad de vida en los adultos mayores con depresión, contrario a lo marcado por la literatura y por nuestra hipótesis de trabajo, asociándose a la hipótesis nula.

Acorde a lo anterior es de suma importancia en la evaluación de depresión en el adulto mayor la identificación de factores de riesgo biopsicosocial, manejo de las comorbilidades y fortalecimiento de redes de apoyo para evitar repercusiones en la calidad de vida

Se sugiere estudio de la calidad de vida en adultos mayores con depresión asociado a ciertos rangos de edad, presencia de redes de apoyo, tipos de comorbilidades asociadas (discapacitantes o no) y dependiendo el grado de depresión, ya que estos influyen sobre la percepción de calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hu T, Zhao X, Wu M, Li Z, Luo L, Yang C, et al. Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2022; 311:114511. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114511>.
2. Flores-Padilla L, Ramírez-Martínez FR, Trejo-Franco J. Depression in older adults with extreme poverty belonging to. *Org.mx s. f.* [https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4\\_english/3095AX163\\_152\\_2016\\_UK4\\_395-399.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4_english/3095AX163_152_2016_UK4_395-399.pdf) (accedido 12 de mayo de 2023).
3. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. La Depresión en la vejez y la importancia de su prevención. *gob.mx s. f.* <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/la-depresion-en-la-vejez-y-la-importancia-de-su-prevencion?idiom=es> (accedido 12 de mayo de 2023).
4. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Salud mental en personas mayores. *gob.mx s. f.* <https://www.gob.mx/inapam/articulos/salud-mental-en-personas-mayores> (accedido 12 de mayo de 2023).
5. Duman RS. Pathophysiology of depression and innovative treatments: remodeling glutamatergic synaptic connections. *Dialogues Clin Neurosci* 2014; 16:11-27. <https://doi.org/10.31887/dcns.2014.16.1/rduman>.
6. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Luppá M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS One* 2021;16: e0251326. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251326>.
7. Kim S. The relationship between lifestyle risk factors and depression in Korean older adults: a moderating effect of gender. *BMC Geriatr* 2022; 22:24. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02729-2>.
8. Guía de consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. Depresión en la Persona Adulta Mayor. Secretaría de Salud. *Gob.mx s. f.* [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/482229/ltima\\_revisi\\_n\\_gu\\_a\\_depresi\\_n\\_marzo\\_2018\\_GVE\\_-16-07-18\\_003\\_1\\_.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/482229/ltima_revisi_n_gu_a_depresi_n_marzo_2018_GVE_-16-07-18_003_1_.pdf) (accedido 13 de mayo de 2023).
9. Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS). Instituto Nacional de Geriátrica. Instituto Nacional de Geriátrica 2019:3.

10. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality-of-life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res* 2019; 28:2641-50. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>.
11. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Calidad de vida para un envejecimiento saludable. [gob.mx](http://gob.mx) s. f. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es> (accedido 13 de mayo de 2023).
12. Yen H-Y, Lin L-J. Quality of life in older adults: Benefits from the productive engagement in physical activity. *J Exerc Sci Fit* 2018; 16:49-54. <https://doi.org/10.1016/j.jesf.2018.06.001>.
13. Del desarrollo social y económico LP de VMT es U de NLCMEC un R de LAL en la E, De la salud AC en la E, De la infancia en E de NÉ en la LC las EM, De la maternidad y la MD, Recientemente M, La vejez la M a. EMAUVML es un RIVP la O de R no S lo Q es, et al. 1.1 Una vida más larga. *Who.int* s. f. [https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4) (accedido 13 de mayo de 2023).
14. Soria Romero Z, Universidad Autónoma del Estado México, Montoya Arce BJ, Universidad Autónoma del Estado México. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles Poblac* 2017; 23:59-93. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>.
15. Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Yoon G, Liu J, Mahmud S. The Spanish version of the quality-of-life index: presentation and validation. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188:301-5. <https://doi.org/10.1097/00005053-200005000-00008>.
16. Blanco WGT, Blanco WGT, Hernández JJR, Hernández JJR, Hernández AML, Hernández AML, et al. Adaptación del cuestionario sf-36 adaptation of the sf-36 adaptation of the sf-36 para Medir Calidad de Vida questionnaire for measuring questionnaire for measuring relacionada con la Salud health-related life quality in health-related life quality in trabajadores cubanos Cuban workers Cuban workers. *Medigraphic.com* s. f. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2014/cst141j.pdf> (accedido 13 de mayo de 2023).

17. Sivertsen H, Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, Helvik A-S. Depression and quality of life in older persons: A review. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2015; 40:311- 39. <https://doi.org/10.1159/000437299>.
18. Hussenoeder FS, Jentzsch D, Matschinger H, Hinz A, Kilian R, Riedel-Heller SG, et al. Depression and quality of life in old age: a closer look. *Eur J Ageing* 2021; 18:75-83. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00573-8>.
19. Cao W, Guo C, Ping W, Tan Z, Guo Y, Zheng J. A community-based study of quality of life and depression among older adults. *Int J Environ Res Public Health* 2016; 13:693. <https://doi.org/10.3390/ijerph13070693>.
20. Lopera-Vásquez JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Cien Saude Colet* 2020; 25:693-702. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>.
21. Crocker M, Hutchinson C, Mpundu-Kaambwa C, Walker R, Chen G, Ratcliffe J. Assessing the relative importance of key quality of life dimensions for people with and without a disability: an empirical ranking comparison study. *Health Qual Life Outcomes* 2021; 19:264. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01901-x>.
22. Flores-Herrera BI, Castillo-Muraira Y, Ponce-Martínez D, Miranda-Posadas C, Peralta-Cerda EG, Durán-Badillo T. Perception of older adults about their quality of life. A perspective from the familial context Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *Medigraphic.com s. f.* <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182d.pdf> (accedido 14 de mayo de 2023).
23. Síntomas depresivos y atención a la depresión. *Insp.mx s. f.* <https://www.insp.mx/avisos/sintomas-depresivos-y-atencion-a-la-depresion> (accedido 14 de mayo de 2023).
24. Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista- Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública Méx* 2020; 62:840-50. <https://doi.org/10.21149/11558>.

**ANEXOS**  
**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN**  
**DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL HGZMF NO.1**

Folio: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Marque con una **x** el cuadro correspondiente a su información.

Sexo:

1. Masculino	<input type="checkbox"/>	2. Femenino	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	-------------	--------------------------

Escolaridad:

1. Analfabeta	<input type="checkbox"/>	2. Primaria	<input type="checkbox"/>	3. Secundaria	<input type="checkbox"/>	4. Bachillerato	<input type="checkbox"/>	5. Técnico	<input type="checkbox"/>
6. Licenciatura	<input type="checkbox"/>	7. Otro:	<input type="text"/>						

Estado civil:

1. Soltero	<input type="checkbox"/>	2. Casado	<input type="checkbox"/>	3. Divorciado	<input type="checkbox"/>	4. Viudo	<input type="checkbox"/>	5. Unión libre	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------	--------------------------	----------------	--------------------------

Ocupación:

1. Hogar	<input type="checkbox"/>	2. Empleado	<input type="checkbox"/>	3. Obrero	<input type="checkbox"/>	4. Técnico	<input type="checkbox"/>	5. Profesional	<input type="checkbox"/>
6. Jubilado / pensionado	<input type="checkbox"/>	7. Desempleado	<input type="checkbox"/>	8. Otro:	<input type="text"/>				

Persona con quien habita:

1. Pareja	<input type="checkbox"/>	2. Hijos	<input type="checkbox"/>	3. Pareja e hijos	<input type="checkbox"/>	4. Otro familiar	<input type="checkbox"/>	5. Cuidador	<input type="checkbox"/>
6. Solo	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							

Enfermedad o las enfermedades que padezca.

1. Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	2. Diabetes Mellitus tipo 2	<input type="checkbox"/>	3. Obesidad	<input type="checkbox"/>	4. Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	5. Enfermedad renal Crónica	<input type="checkbox"/>
6. Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	7. Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	8. Enfermedades psiquiátricas o neurológicas (escribe cual)	<input type="checkbox"/>	9. Enfermedades malignas	<input type="checkbox"/>	10. Otras	<input type="checkbox"/>

### Escala de Depresión Geriátrica Yesavage

Conteste **SÍ** o **NO** y marque sobre el recuadro correspondiente de acuerdo con lo que considere a como se ha sentido durante la última semana.

		SI	NO
1.	¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2.	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3.	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.	¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5.	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6.	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7.	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8.	¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
9.	¿prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10..	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11.	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12.	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13.	¿Se siente lleno de energía?	0	1
14.	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15.	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

Puntaje total \_\_\_\_\_

Interpretación:

- 0 – 5: Normal
- 6-9: Depresión leve
- 10: Depresión establecida

## Índice Multicultural de Calidad de vida

Lee cuidadosamente cada pregunta, indique su nivel de salud y calidad de vida en la actualidad, de "mala" a "excelente", (por ejemplo, en la pregunta 1 ¿Qué tan bien se siente usted en cuanto a la energía para realizar actividad física?, si considera que es excelente marque con una X la opción 10). Responda con sinceridad y según su percepción. Seleccione sólo una opción por pregunta.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pésimo	Insatisfecho	Muy Malo	Malo	Regular	Aceptable	Bueno	Satisfecho	Muy buen	Excelente

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bienestar físico ¿Qué tan bien se siente usted en cuanto a la energía para realizar actividad física?										
2. Bienestar psicológico/social ¿Qué tan bien se ha sentido usted de ánimo?										
3. Autocuidado y funcionamiento independiente ¿Qué tan capaz se siente para realizar actividades cotidianas diarias? (peinarse, lavarse los dientes, bañarse, vestirse, ir al baño)										
4. Funcionamiento ocupacionales ¿Qué tan capaz se siente de ejercer labores del hogar (lavar los trastes, cocinar, tender la cama) o del trabajo?										
5. Funcionamiento interpersonal ¿Qué tan capaz es usted para relacionarse con otras personas como amigos, familiares y desconocidos?										
6. Apoyo emocional/social ¿Qué tan bien se siente con el apoyo brindado por la institución de salud o por sus cuidadores?										
7. Apoyo comunitario y de servicios ¿Qué tan bien se siente con los servicios prestados por sus vecinos?										
8. Satisfacción personal ¿Qué tan bien se siente usted como persona?										
9. Satisfacción espiritual ¿Qué tan bien se siente al respecto con sus creencias?										
10. Percepción global de la calidad de vida ¿Qué tan bien se siente con su vida?										



## Carta de consentimiento informado para participación en

### Protocolos de investigación en salud

Lugar y fecha

No. de registro institucional: R – 2023 - 1201 – 043

Título del protocolo:

#### DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL HGZMF NO.1

##### Justificación y objetivo de la investigación:

Lo estamos invitando a participar en un protocolo de investigación que consiste en responder una serie de preguntas que sirven para evaluar la calidad de vida (bienestar del individuo en su entorno social, familiar y consigo mismo) en aquellos adultos mayores identificados con algún grado de depresión. Así mismo se describirán ciertos datos sociodemográficos y de salud que usted presente.

##### Procedimientos y duración de la investigación

Si usted acepta participar en el estudio, llenará un cuestionario donde se le solicitará información clínica y sociodemográfica, y posteriormente realizará dos cuestionarios más, el primer cuestionario de 15 preguntas que evaluará el grado de depresión que pueda llegar a presentar y el segundo de 10 preguntas que evalúa la calidad de vida. Esto le tomará 10 minutos aproximadamente de su tiempo.

##### Riesgos y molestias:

Al responder las preguntas probablemente le pueda condicionar o no cierto grado de incomodidad. Al ser un cuestionario anónimo, no implica riesgo en el uso de datos personales y la única molestia posible, puede ser el tiempo utilizado en responderlo.

##### Beneficios que recibirá al participar en la investigación:

La participación en este estudio no generará un beneficio directo a usted, pero será de gran utilidad para tener un mejor conocimiento y comprensión sobre la calidad de vida que presentan adultos mayores con algún grado de depresión, de ahí la importancia de su participación. En caso de ser necesario y presente algún grado de depresión identificado por el cuestionario, de manera respetuosa se le sugerirá acudir con su médico familiar o Geriatra. Al participar en este estudio, no recibirá remuneración económica.

##### Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Usted puede tener acceso a los resultados finales de su evaluación y de los globales de forma anónima

##### Participación o retiro:

Usted tiene la garantía de recibir respuesta a cualquier duda. Su participación es voluntaria, tiene la libertad de participar o retirarse del estudio en el momento que lo desee, aun habiendo otorgado su consentimiento de participar, sin necesidad de expresar las razones de su decisión, ya que no existirá ningún beneficio o repercusión en caso de que desista participar.

##### Privacidad y confidencialidad:

Tenga la seguridad de que no se identificarán sus datos personales y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, asegurando que, si los resultados del estudio se publican, su identidad en la investigación se mantendrá de forma anónima, con resguardo de los instrumentos y consentimientos por el investigador responsable.



**En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:**

Investigador Responsable: Dr. Carlos Alfonso Reyes Montoro Mat, 99134573.

Teléfono y horario: Adscripción HGZMF No. 1. Tel. 771 1500949. Turno matutino

**En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:** Prolongación Avenida Madero No. 405 Colonia Nueva Francisco I. Madero Pachuca de Soto, Hgo CP. 42088 Teléfono: 771 3 78 33 ó comunicarse al correo: comite.etica.investigacion12018@gmail.com

**Declaración de consentimiento:**

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por 5 años tras lo cual se destruirán.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 2

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación en salud, sin omitir información relevante del estudio.