



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 19 PLUS

COLIMA, COLIMA.



**“PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE LA
UMF 9 MINATITLAN, COLIMA”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



ARCELIA ZENDEJAS HERNANDEZ

Registro de autorización: R-2017-601-10

COLIMA, COLIMA

FEBRERO DE 2020



Asesor Metodológico: M.C. Francisco Javier Vizcaíno Orozco

Asesor Clínico: M.F. Luis Alberto Zárate Ramírez

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



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.

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE
LA UMF 9 MINATITLÁN, COLIMA”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ARCELIA ZENDEJAS HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES:



DRA. SANDRA FABIOLA DIMAS CONTRERAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
COLIMA, COLIMA



DR. FRANCISCO JAVIER VIZCAÍNO OROZCO

ASESOR METABOLÓGICO DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN CIENCIAS



DR. LUIS ALBERTO ZÁRATE RAMÍREZ

ASESOR CLÍNICO DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ESTUDIANTE DE MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS



DR. CANDELARIO RAMOS NARANJO.

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



DR. IGNACIO MORENO GUTIÉRREZ.

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
DELEGACIÓN COLIMA



DR. JUAN JOSE EVANGELISTA SALAZAR

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN COLIMA

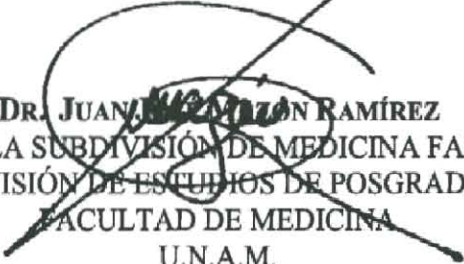
**“PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE
LA UMF 9 MINATITLAN, COLIMA”**


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


PRESENTA:

ARCELIA ZENDEJAS HERNANDEZ

AUTORIZACIONES


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


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


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



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Dirección de Prestaciones Médicas
 Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
 Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **601** con número de registro **13 CI 06 002 218** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 1, COLIMA

FECHA **31/07/2017**

DRA. ARCELIA ZENDEJAS HERNANDEZ

P R E S E N T E

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

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF 9 MINATITLÁN, COLIMA

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

Núm. de Registro
R-2017-601-10

ATENTAMENTE

DR.(A). JUAN JOSÉ DOMÍNGUEZ MORA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 601

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**“PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES
DE LA UMF 9 MINATITLAN, COLIMA”**

INDICE

MARCO TEÓRICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACIÓN	13
OBJETIVOS	15
➤ Generales	15
➤ Específicos	15
HIPÓTESIS	16
METODOLOGIA	17
➤ Diseño.....	17
➤ Universo.....	17
➤ Población.....	17
➤ Tamaño de Muestra.....	17
➤ Análisis estadístico	18
➤ Tipo de Muestreo.....	18
➤ Periodo de Estudio.....	18
CRITERIOS DE SELECCIÓN	19
➤ Inclusión.....	19
➤ Exclusión	19
➤ Eliminación	19
➤ Operacionalizacion de las variables.....	20
PROCEDIMIENTO PARA CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	22
RESULTADOS	23
DISCUSIONES.....	29
CONCLUSIONES.....	32
➤ Recomendaciones	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS.....	38
➤ ANEXO 1	38
➤ ANEXO 2	42
➤ ANEXO 3.....	47
➤ ANEXO 4	48

MARCO TEÓRICO

Antecedentes históricos señalan a Samuel Johnson como responsable del término de depresión, quién sostuvo una lucha por cambiar el concepto de melancolía por éste., desde entonces fueron desplazados los términos de “El Bazo”, “La locura Melancólica”, etc. A finales del S. XIX el concepto o término de depresión había ya desplazado al de melancolía en la gran mayoría de nomenclaturas. La historia de los desórdenes afectivos revela un sinfín de opiniones médicas, pero con algunas constantes en común. Hacen mención a “La fórmula de la gran tristeza sin aparente ocasión” y “La mente fija sobre un solo pensamiento”, desde el siglo V a.c. hasta nuestros tiempos en la literatura médica occidental.¹

En la actualidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea el enfoque de salud al completo estado del bienestar físico, mental y social, y no solo a la ausencia de enfermedad o incapacidad. La depresión no solo constituye un problema médico, sino que paralelamente forma parte de un fenómeno social. Estima también que cerca de 50 millones de personas en la Región de las Américas viven con depresión, casi un 17% más que en 2005.²

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, con descenso en el humor en el que predominan síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, lo que es una afectación global en la vida psíquica.³ La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, que puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio”.⁴

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.⁵

Datos reportados por la OMS, refiere que entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%.⁶. Actualmente en nuestro País existen más personas mayores de 60 años que menores de 4 años (11.7 millones y 8.8 millones, respectivamente) y las proyecciones indican que el fenómeno de envejecimiento demográfico es irreversible, debido principalmente a la baja tasa de natalidad y a que la muerte ocurre a edades más avanzadas.⁷

Con base en el Censo de Población y Vivienda de 2010, para el estado de Colima el porcentaje de la población de los grupos de 60 y más años, es de 9.0%.⁷

La población al 1ero de julio de 2010 de mayores de 65 años correspondía al 6.2%. , a consecuencia de la disminución de la mortalidad, traducida en una mayor esperanza de vida para la población de la entidad, esperan que el grupo de 65 y más años de edad, en los próximos dos decenios, comience a tener mayor peso relativo, en 2020 se prevé que represente el 7.6 por ciento del total y en 2030 el 10.1 por ciento. Para el año 2030 estiman que habrá aproximadamente 45 adultos mayores por cada 100 jóvenes, situación que al compararse con el nacional ubica a Colima en el lugar 12 en el proceso de envejecimiento poblacional del país. Han pronosticado que para 2050 las mujeres de 60 años y más representen 23.3% del total de población femenina y los hombres constituyan 19.5% del total de la masculina.⁸

Cuando se hace mención al término envejecimiento, hablan de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, el modo de envejecer de cada persona es distinto. El

deterioro funcional debido a edad avanzada afecta la salud y la calidad de vida de las personas, con consecuencias físicas, psíquicas y sociales, y se traduce en dificultades para realizar por sí mismas algunas actividades cotidianas, lo que incrementa las posibilidades de dependencia de cuidado. Tanto por cuestiones físicas como de género, mujeres y hombres viven de manera diferente el proceso de envejecimiento, lo mismo que el impacto en su salud. Las mujeres padecen enfermedades incapacitantes más graves y por tiempo más prolongado, ello se observa en que 3 de cada 10 adultas mayores tiene dificultad para realizar alguna tarea de la vida diaria cotidiana (comer, bañarse, caminar, preparar o comprar alimentos, entre otras) frente a 2 de cada 10 hombres.⁸

La depresión es frecuente en la edad avanzada, y afecta aproximadamente al 64% de adultos mayores de 65 años y más. Se informan casos de depresión menor y mayor en 13% de adultos mayores que viven en la comunidad, 24% de pacientes mayores ambulatorios, 30% de pacientes mayores con atención aguda y 43% de adultos mayores que viven en hogares para ancianos. Además, se le ha vinculado con los problemas más importantes de salud pública.⁹ La Organización Mundial de la Salud, reporta que es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, afectando más a la mujer que al hombre.⁹

Los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales que se observan en el proceso de envejecimiento, aunado a las variadas y numerosas enfermedades que aparecen en esta etapa de la vida, conlleva a pensar que en los ancianos existen una serie de factores que favorecen la aparición de una depresión. Cuando un anciano se deprime, en muchas ocasiones se considera un aspecto normal de la vejez, pero es un desacierto pensar así. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas y no están predispuestas psicológicamente a la depresión.¹⁰

De acuerdo al DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, siglas en inglés), la depresión se define como un trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación en la mayor parte del día, casi todos los días por más de dos semanas, su

gravedad va de un trastorno leve hasta otro que puede amenazar la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores.¹¹

La depresión en la tercera edad no es una consecuencia normal del envejecimiento, sino una enfermedad que debe detectarse y tratarse igual que en otras fases de la vida. En los ancianos esta enfermedad puede resultar más difícil de detectar por varias razones: mayor somatización, enmascaramiento de síntomas, confusión con situaciones frecuentes de la vida a esta edad (duelos, pérdidas de capacidades físicas y mentales). Puede surgir en el contexto de problemas sociales y físicos que compliquen el diagnóstico.¹²

La depresión no es tristeza únicamente, es una enfermedad que debe ser tratada., y que contrario a la creencia popular, la depresión no es una parte natural del envejecimiento.¹³

Estimaciones de la OMS señalan que la depresión es la enfermedad mental que más afecta a la población, es una de las enfermedades que más se presenta en la población mundial y en la senectud no es la excepción. Estiman que para 2020 será el segundo padecimiento de mayor carga de morbilidad en el mundo, la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Además, se le ha vinculado con los problemas más importantes de salud pública.¹³

En una revisión sistemática de 51 artículos en inglés publicados a partir del año 2000 determinaron una alta comorbilidad de depresión en adultos mayores. Además, se observó que los adultos mayores presentaban también algunas enfermedades asociadas como enfermedad cerebrovascular, diabetes, Alzheimer y parkinsonismo, con sintomatología similar a la depresión debido al deterioro que provocan. El análisis permitió observar que estas enfermedades pueden anteceder a la depresión sin necesidad de un vínculo anatómico-funcional directo, por cuanto a las implicaciones psicosociales que acarrear. La depresión es también un factor de riesgo para la incidencia de enfermedad cerebrovascular y diabetes. Finalmente recomiendan la realización de más

estudios longitudinales, con el fin de caracterizar pormenorizadamente el curso etiológico de la depresión.¹³

La prevalencia de depresión ha ido en incremento, pero difiere según diferentes autores de un 6 hasta un 20%. En los ancianos institucionalizados en centros geriátricos aumenta hasta un 27%.¹⁴ Se realizó un estudio transversal analítico indagando características demográficas, sociales y funcionales como variables independientes y el riesgo de depresión como variable dependiente. Las variables demográficas fueron sexo, edad, estado civil, escolaridad y área de residencia. Las variables sociales estudiadas fueron: consumo de cigarrillo, consumo de alcohol, apoyo comunitario y percepción de calidad de vida. Y como variables funcionales se tomó el índice de Katz, escala que mide la capacidad de realizar actividades básicas de la vida cotidiana de manera autónoma (bañarse, vestirse, alimentarse y desplazarse), esta escala consta de 6 ítems, puntuación de 0-1 indica riesgo de dependencia severa, 2-3 riesgo de dependencia moderada, 4-5 riesgo de dependencia leve y ≥ 6 independencia. Se encontró asociación estadística entre el riesgo de depresión y la edad, el estado civil, el nivel educativo, el consumo de cigarrillo, el consumo de alcohol, el apoyo comunitario, la percepción de calidad de vida y las capacidades funcionales. La prevalencia de riesgo de depresión hallada en este estudio fue similar a la encontrada en España en el año 2004 por otros autores, pero inferior a la reportado en México en el 2005, esto puede deberse a que en el estudio realizado en México se incluyeron personas con edades mayores de 50 años lo cual puede aumentar la prevalencia de esta patología.¹⁵

En otro estudio, se reporta una alta prevalencia de depresión en la población mexicana. Las cifras van desde 10 hasta 40%, dependiendo del tipo de población estudiada y del instrumento de clasificación utilizado. Su frecuente asociación con la demencia ha sido también una evidencia ampliamente reportada en diversos estudios, en los que se plantea el papel de la depresión como síntoma preclínico y asociado a la demencia. En el grupo de sujetos que presentan deterioro cognoscitivo sin alteración funcional, no se observaron asociaciones significativas con variables sociodemográficas y de salud.¹⁶

ENSANUT 2012, por primera vez incluye una sección para población de 60 años y más, la cual evaluó la frecuencia de: DCND, demencias y sintomatología depresiva, clínicamente significativa (SDCS). Prevalencia para DCND del 7.3%, para demencias del 7.9% y 35.6% para SDCS. Al estratificar por sexo, grupos de edad y escolaridad, área de residencia, y nivel socioeconómico, se encontró en general una tendencia a mayor prevalencia para todas las condiciones neuro-psiquiátricas señaladas, en los siguientes estratos: mujeres y área rural. En cuanto a las asociaciones de las condiciones de salud mental estudiadas, éstas mostraron una tendencia al incremento con el medio socioeconómico y nivel de escolaridad bajos, pero con una menor consistencia.¹⁷

La depresión en la práctica clínica se ha catalogado clásicamente como depresión mayor que equivale en términos generales, a la categoría antes denominada depresión atípica, psicótica y endógena, y depresión menor, que corresponde a la antes englobada en el rubro depresión neurótica; comúnmente acompañada de ansiedad.¹⁸

Las definiciones más aceptadas actualmente, son las descritas por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): Episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y distimia; y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV): Episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor episodio único y recidivante, trastorno distímico y trastorno no especificado.¹⁸

Depresión mayor: También llamada depresión endógena, primaria o no reactiva, es la melancólica clásica.^{19,20}

Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10, para el trastorno depresivo mayor son:

CRITERIO A: La presencia de por lo menos cinco de síntomas siguientes, durante al menos 2 semanas:

- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.

- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales.
- Disminución o aumento del peso o del apetito.
- Insomnio o hiperinsomnio (es decir, dificultad para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que acostumbrara o porque se duerme más)
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
- Disminución de la capacidad intelectual.
- Pensamientos recurrentes de muerte o idea suicidas.

CRITERIO B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

CRITERIO C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

CRITERIO D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

CRITERIO E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

Distimia. Se caracteriza por síntomas depresivos menos graves pero crónicos, mantenidos incluso durante años. Es otro tipo de depresión de las consideradas endógenas y los criterios DSM-IV para su diagnóstico incluyen:^{19,20}

1. Estado de ánimo crónicamente deprimido, la mayor parte de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.

2. Debe presentar dos o más de los siguientes síntomas:

- ❖ Pérdida o aumento de apetito.
- ❖ Insomnio o hipersomnia.
- ❖ Astenia.
- ❖ Baja autoestima.
- ❖ Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
- ❖ Sentimientos de desesperanza.

3. Durante ese período de dos años, el individuo no ha de estar sin síntomas durante más de dos meses seguidos.

Además, debe cumplirse que no haya existido un episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la alteración y que nunca haya habido un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Las alteraciones no deben aparecer, exclusivamente, en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como la esquizofrenia o un trastorno delirante. Para cumplir todos los criterios, los síntomas han de causar un malestar clínicamente significativo o deterioro social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno adaptativo. Los criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno adaptativo son:^{19,20}

- ❖ Síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un estrés identificable que aparecen dentro de los 3 meses siguientes a este estrés.
- ❖ Síntomas que producen malestar mayor de lo esperable en respuesta al factor estresante y deterioro de la actividad laboral o social.
- ❖ La alteración no es un trastorno específico ni es una exacerbación de un trastorno preexistente.
- ❖ Los síntomas no responden a un duelo.
- ❖ Una vez desaparecido el estrés o sus consecuencias, los síntomas no persisten más de 6 meses.
- ❖ El trastorno adaptativo con humor depresivo se considera el tipo de depresión más frecuente en el anciano.

En el anciano son frecuentes desencadenantes la enfermedad física, sobre todo si se acompaña de pérdida funcional y dependencia, los ingresos hospitalarios, la institucionalización, que actúen como factor estresante identificable que desestabiliza y rompe el equilibrio psíquico del anciano, apareciendo ansiedad (más frecuente) o clínica depresiva. Se considera que la reacción emocional debe ser desproporcionada a lo esperado y al desencadenante identificable en los tres meses previos. La recuperación puede ocurrir en 6 meses o evolucionar hacia la cronicidad. Debe diferenciarse el trastorno adaptativo del duelo normal, que es la reacción emocional frente a una pérdida. Las manifestaciones pueden incluir sentimientos de culpa, ansiedad con síntomas corporales como falta de aire, opresión en el pecho, falta de apetito, mayor irritabilidad, etc. Clásicamente, el duelo se divide en distintas fases o etapas, que incluyen básicamente: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Si el duelo se elabora satisfactoriamente, debe evolucionar hacia la resolución en un plazo menor de seis meses.^{19,20}

Es relevante mencionar que los ancianos con depresión presentan dos o tres veces más probabilidades de muerte, acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud de primer nivel de atención. La depresión en estos pacientes geriátricos es una causa de polifarmacia., igualmente se ha observado que el suicidio como complicación de la depresión se correlaciona directamente con la edad., aunque los intentos son menos los que se consuman sobre todo en varones, aumentan.²⁰

Se sabe que el uso de escalas o instrumentos de valoración cognitiva puede facilitar una exploración rápida y sistemática de la salud mental del anciano.

Existen varios test para valorar la depresión, el más utilizado es el Inventario de Depresión de Beck II, por sus características –calidad psicométrica, facilidad, rapidez en su aplicación, ajustado a la identificación de síntomas depresivos según criterios diagnósticos para la depresión considerados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales IV (DSM-IV).²¹

El original Inventario de Depresión de Beck (1961) es uno de los cuestionarios de depresión más conocidos y extendidos que incluye factores

cognitivos. Consta de 21 ítems, que se presentan en tres frases de formulación gradual y son valorados en una escala de 0-3 en función de la gravedad que representa. El sujeto debe escoger la frase que mejor se adapte a su situación personal. Los 21 ítems incorporan los criterios diagnósticos básicos, resaltando la autopercepción del sujeto frente a aspectos conductuales: humor, pesimismo, sollozos, sentido del fracaso, falta de satisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, auto-odio, auto-acusación, deseos autopunitivos, irritabilidad, indecisión, aislamiento social, inhibición en el trabajo, imagen corporal, problemas de sueño, pérdida de peso, pérdida de apetito, preocupaciones somáticas y pérdida de libido. Por lo tanto, abarca manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas de la depresión.²²

El Inventario de Depresión de Beck segunda versión (BDI-II) es un instrumento auto administrado de 21 ítems. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3. Si un examinado hizo elecciones múltiples para un ítem, se utiliza la alternativa con el valor más alto. Se suman los 21 ítems y esto da una puntuación total. La puntuación máxima es 63. Una puntuación de 0 a 13 indica sin depresión, puntajes entre 14 y 19 un nivel leve, puntuaciones de 20 a 28 un nivel moderado y de 29 a 63 un nivel de depresión grave.^{21, 23}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de los 60 años se inicia una nueva etapa en la vida de una persona., a partir de entonces sufrirá crisis y tendrá más tiempo para encontrarse consigo mismo y percibir su realidad. El adulto mayor, podría considerarse un ser socialmente deficiente pues la soledad y el aislamiento son problemas comunes en ellos.

Los adultos mayores por su vulnerabilidad, presentan cuatro discapacidades predominantes: la motriz, visual, auditiva y mental; y de éstas la que está llamando más la atención es la mental.

De las enfermedades mentales más incapacitantes en los adultos mayores de 60 años se encuentra la depresión; la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que para el 2020 será uno de los mayores problemas de salud en el mundo. La pobreza, el desempleo, situaciones como la muerte de un ser querido, la pérdida del cónyuge, la adaptación a una enfermedad crónica grave incrementa el riesgo de presentar este padecimiento. Además, se sabe que el anciano con depresión presenta dos a tres veces más probabilidades de muerte.

Actualmente se considera a la depresión un problema de salud pública, con implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida de los adultos mayores que la padecen.

En Estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión oscila entre el 6% y el 20 %, aunque en Italia asciende hasta el 40%. El estudio SABE en Latinoamérica, reporta una fluctuación entre 16.5% a 30.1% En México probablemente sea la principal discapacidad mental; sin embargo, hay una escasez de estudios epidemiológicos en instituciones de atención médica a nivel nacional. Dentro de los pocos estudios disponibles en México, se reporta una prevalencia alrededor del 9.5% en mujeres y del 5% en hombres mayores de 60 años de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de Depresión en Adultos Mayores del 2011 del Instituto Mexicano del Seguro Social., y otros estudios reportan una prevalencia que va desde un 10 hasta un 40%. En Colima hasta septiembre del 2012 se reportaba un 31% de episodios depresivos en la

población en general, pero no se encontraron informes sobre la prevalencia específicamente en el grupo de adultos mayores de 60 años.

Es importante detectar oportunamente la depresión, debido a que está asociada a intentos de suicidio y a un aumento global en la mortalidad; y puede producir múltiples complicaciones en el paciente y en su familia, como peor calidad de vida, mayor declive funcional, mayor cansancio de los cuidadores o menor adherencia a sus tratamientos médicos.

En unidades de primer nivel de atención es muy común que exista tanto el sub-diagnóstico como la falta de identificación de signos y síntomas de depresión, lo que conlleva a un retraso en el tratamiento y un mayor deterioro de los ancianos.

Por todo esto, el objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de depresión en la unidad de medicina familiar número 9, de Minatitlán Colima en derechohabientes adultos mayores de 60 años con la finalidad de mejorar su calidad de vida detectándose oportunamente este padecimiento.

JUSTIFICACIÓN

El deterioro funcional debido a una edad avanzada interfiere en la salud y en una buena calidad de vida, con consecuencias tanto físicas, psíquicas como sociales, y que además se traduce en limitante para realizar por sí mismas algunas actividades cotidianas, lo que incrementa las posibilidades de dependencia de cuidado. Debido a diversos aspectos físicos como de género., mujeres y hombres viven de forma distinta el proceso de envejecimiento, lo mismo que el impacto en su salud. Las mujeres padecen enfermedades incapacitantes más graves y por períodos de tiempo más prolongados, reflejándose en que 3 de cada 10 adultas mayores tiene dificultad para realizar alguna tarea de la vida diaria (comer, bañarse, caminar, preparar o comprar alimentos, entre otras) frente a 2 de cada 10 hombres.

A nivel mundial, la depresión es ya considerada como uno de los padecimientos psico-geriátricos más frecuentes. En nuestro País se considera un problema de salud Pública; se reportan porcentajes significativos en la población adulta mayor con padecimientos mentales. Un *17.6% presenta síntomas depresivos significativos* debido a algunas razones: soledad, pérdida de seres queridos o cónyuges, detrimento en habilidades mentales.

Se sabe que la depresión frecuentemente puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado, pero si no se trata, puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social del paciente; por lo tanto, conlleva a retardar la recuperación de enfermedades y cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica, o finalmente sobrevenir el suicidio. La mayoría de las veces no es tratada por un mal diagnóstico o por considerar que los síntomas de este tipo de pacientes son propios de la edad. Por lo que un diagnóstico adecuado y oportuno podrá permitir un manejo integral con un tratamiento médico adecuado además de apoyo psicológico que mejore su calidad de vida.

El objetivo por tanto de este estudio es dar a conocer la prevalencia de depresión en la población de adultos mayores de 60 años adscritos a esta unidad de primer nivel de atención mediante la aplicación de un instrumento de evaluación ya validado.

A pesar de que se han realizado pocos estudios epidemiológicos sobre prevalencia y factores de riesgo de la depresión en nuestro País y en nuestro estado, se cree que es importante que se realicen en distintas áreas geográficas. En la UMF 9 no se tiene antecedente de una investigación similar, por lo que., sería importante evaluar si los datos que se obtengan en esta zona rural puedan ser significativos para ayudar a un diagnóstico y tratamiento oportuno ya que, es necesario reconsiderar que la depresión no es una condición inherente al adulto mayor, por lo que su subestimación y un inadecuado abordaje causan un padecimiento innecesario en esta población, y en su entorno familiar-social.

Es posible entonces que, al determinar la prevalencia de este padecimiento, se puedan establecer medidas o políticas de salud específicamente dirigidas a la prevención de depresión en adultos mayores de una Unidad de Medicina Familiar del Estado de Colima, ubicada en una zona rural.

OBJETIVOS

GENERAL

Identificar la prevalencia de depresión en adultos mayores de la UMF 9 IMSS en el municipio de Minatitlán, Colima.

ESPECÍFICOS

- a) Identificar en los adultos mayores el género en que se encuentra más frecuente la depresión
- b) Identificar el grupo de edad en que se presenta mayor frecuencia la depresión

HIPÓTESIS

Los adultos mayores de 60 años de edad de la UMF 9 presentarán una prevalencia de depresión mayor al 40 %.

METODOLOGIA

Diseño

Estudio descriptivo, exploratorio y transversal.

Universo

El Universo serán todas las personas mayores de 60 años con adscripción a la Unidad de Medicina Familiar No 9 del IMSS en Minatitlán, Colima,

Población

Población total de la UMF 9 se encuentra adscritos adultos mayores de 60 años 668, de los cuales 343 son del sexo masculino y 325 del sexo femenino, estos datos fueron obtenidos con el programa de Acceso a derecho habiente (ACCEDER) del Área de Informática Medica y del Archivo Clínico (ARIMAC)

Tamaño de Muestra

Se calculó del total de personas mayores de 60 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 9 del IMSS en Minatitlán, Colima, se espera encontrar un frecuencia del 50 %²³

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N es el total de la población= 668

Z α = 1.962

P= 0.5 (proporción esperada 50%)

q= 1-p= 0.5

d= 5% de precisión

= 66 Adultos Mayores a estudiar

Con estimación de un 20% de pérdida = 73 Adultos Mayores a estudiar

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico y considerando los objetivos específicos, se describirán a continuación las variables que se utilizarán en el presente estudio: La descripción de las variables categóricas se realizará con frecuencia simple y porcentajes. Se utilizará estadística descriptiva, con rango, media, moda y mediana.

Para el procesamiento de los datos estadísticos se realizará con el programa de cómputo Excel 201 y Epi Info 6

Los resultados de las variables se expresarán en tablas y gráficos.

NOTA: No se aplicarán pruebas de asociación por tratarse de un estudio descriptivo (Hernández Sampieri en su libro Metodología de la Investigación)

Tipo de Muestreo:

No probabilístico. Consecutivo

Periodo de Estudio

Primero de marzo al 30 de junio del 2018

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN

- Se incluirá a personas tanto sexo masculino o femenino con una edad mayor de 60 años, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 9
- Acepten participar en el estudio firmando carta de consentimiento informado.

EXCLUSIÓN

- Se excluirá a personas menores de 60 años de edad,
- Pacientes mayores de 60 años que presenten alguna enfermedad que les impida la comunicación.
- Pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de demencia.

ELIMINACIÓN

- Pacientes mayores de 60 años que no firmen carta de consentimiento informado
- Pacientes que no contesten el 100% del cuestionario de depresión.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO					
TIPO DE VARIABLE	INTERRELACION	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA	MEDICION	INDICADOR
DEPRESIÓN	DEPENDIENTE	Se define como un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos, racionales y operativos. Se considerará el diagnóstico de depresión utilizando el inventario de Beck de depresión.	CUALITATIVA	ORDINAL	0 = Sin depresión 0-13 puntos 1 = Depresión leve 14-19 puntos 2 = Depresión moderada 20-28 puntos 3 = Depresión severa 29-63 puntos
EDAD DEL ADULTO MAYOR	INDEPENDIENTE	Término que se utiliza para determinar la edad cronológica de la población envejecida. Se considera Adulto Mayor a una persona con 60 años o más vividos desde su nacimiento.	CUALITATIVA	ORDINAL	0 = 60 a 70 años 1 = >70 a 80 años 2 = >80 a 90 años 3 = >90 años
GÉNERO	INTERVINIENTE	Término utilizado para definir las características de las mujeres y los hombres definidos por la sociedad, como las normas, los roles y las relaciones que existen entre ellos.	CUALITATIVA NOMINAL	DICOTOMICA	<ul style="list-style-type: none"> • FEMENINO • MASCULINO
ESTADO CIVIL	INTERVINIENTE	Se denomina estado civil a la situación personal que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quién se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente.	CUALITATIVA NOMINAL	POLITOMICA	<ul style="list-style-type: none"> • SOLTERO • CASADO • DIVORCIADO • VIUDO
OCUPACION LABORAL	INTERVINIENTE	Se refiere a la labor de las personas o a su trabajo o actividad legal remunerada.	CUALITATIVA NOMINAL	POLITOMICA	<ul style="list-style-type: none"> • ACTIVO • DESEMPLEADO • JUBILADO

PROCEDIMIENTO PARA CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN

Previa autorización del Trabajo, se acudirá a los registros de la Unidad de Medicina Familiar a recabar datos de población adscrita de 60 años y más, para tener el registro de la población de estudio.

De la población que asiste a Consultorio de Medicina Familiar, se ubicará a quién presenten o tengan 60 años o más y no tengan diagnóstico previo de depresión., se conversará con ellos, se les explicará sobre el estudio, la finalidad u objetivo que se persigue, se aclararán dudas y se comentará que su participación solo consistirá en responder unas preguntas, que son de respuesta fácil. Para guardar el anonimato no se registrará su nombre en el cuestionario, solo sus iniciales, si está de acuerdo en participar se le solicitará que firme carta de consentimiento informado.

Ya habiendo aceptado participar en el estudio, el médico residente de medicina familiar modalidad semipresencial aplicará la escala de depresión de Beck BID II.

Con los datos obtenidos, se confirmará o descartará el diagnóstico de depresión de acuerdo a la puntuación obtenida.

Se realizará una base de datos, descripción y análisis estadístico.

Los resultados que se obtengan se darán a conocer mediante sesiones académicas de la Unidad y la presentación de cartel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

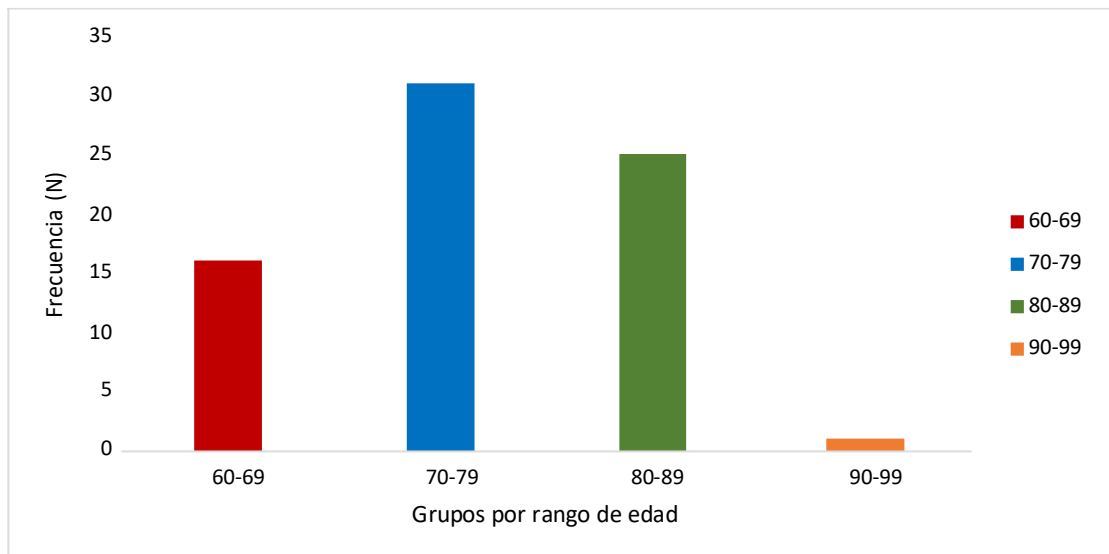
Se procederá como conforme a Declaración de Helsinki en sus principios básicos del 6 al 9 (Anexo 1) y también conforme a la Ley General de Salud en materia de Investigación publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 vigente en los Artículos 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 (Anexo 2)

Se solicitó como exige la Normativa institucional el registro del proyecto en el sistema SIRELCIS, en espera de ser aceptado.

RESULTADOS

La muestra del presente estudio estuvo compuesta por 73 pacientes, a quienes se les aplicó la encuesta BDI para detectar el grado de depresión, posteriormente se calcularon las frecuencias de las variables sexo, edad, estado civil y ocupación según los criterios de depresión de la escala de Beck.

De acuerdo a las características sociodemográficas investigadas en el presente estudio, se observó una mayor proporción del género femenino con un 52.1% con un 47.9% para el género masculino. Referente a la edad, se obtuvo un promedio de edad de 75.8 ± 8.01 años de edad, con un intervalo de 60 - 91 y rango de 31. El rango de edad presente con mayor frecuencia fue de 70 a 79 años correspondiente al 42.5% de los adultos mayores. Con respecto a la ocupación considerada como jubilado/pensionado fue la que presentó el 82.2 % de los adultos, la población que aún está activa correspondió al 15.1% y desempleados en un 2.7% (Tabla 1) (2). Se analizó de igual manera el estado civil, observándose que el 60.3 % de los adultos mayores son casados, seguido de viudez con un 31.5% (Gráfica 1).



Gráfica 1. Distribución de adultos mayores de acuerdo a su edad. Distribución de los adultos mayores de acuerdo a su grupo etario. N=73.

Tabla 1

Variables sociodemográficas de los adultos mayores

Variable	Frecuencia (N)	Porcentaje %
Edad		
60-69	16	21.9
70-79	31	42.5
80-89	25	34.2
>90	1	1.4
Sexo		
Femenino	38	52.1
Masculino	35	47.9
Ocupación		
Activo	11	15.1
Desempleado	2	2.7
Jubilado/Pensionado	60	82.2
Estado Civil		
Soltero	5	6.8
Casado	44	60.3
Divorciado	1	1.4
Viudo	23	31.5

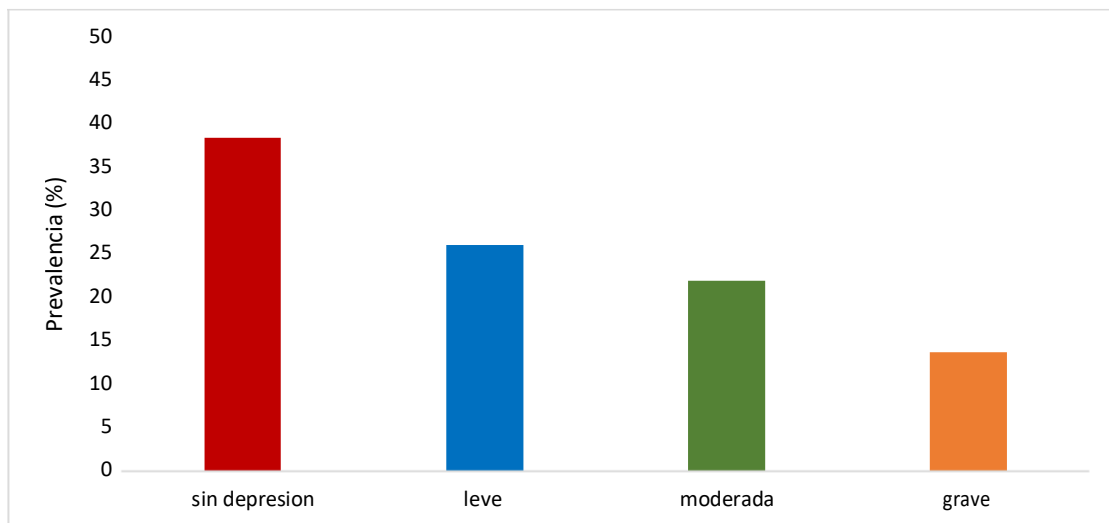
Nota: N=73

Una vez que se evaluaron los datos recolectados con la Escala de Depresión de Beck se analizó la prevalencia de depresión en el adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social encontrando que el 61.64% correspondiente a 45 sujetos que presentaron algún grado de depresión, distribuyéndose de la siguiente manera: 26% presenta depresión leve, depresión moderada en un 21.9% y 13.7% depresión grave. (Tabla 2, Gráfica 2).

Tabla 2.
Prevalencia de depresión en adultos mayores

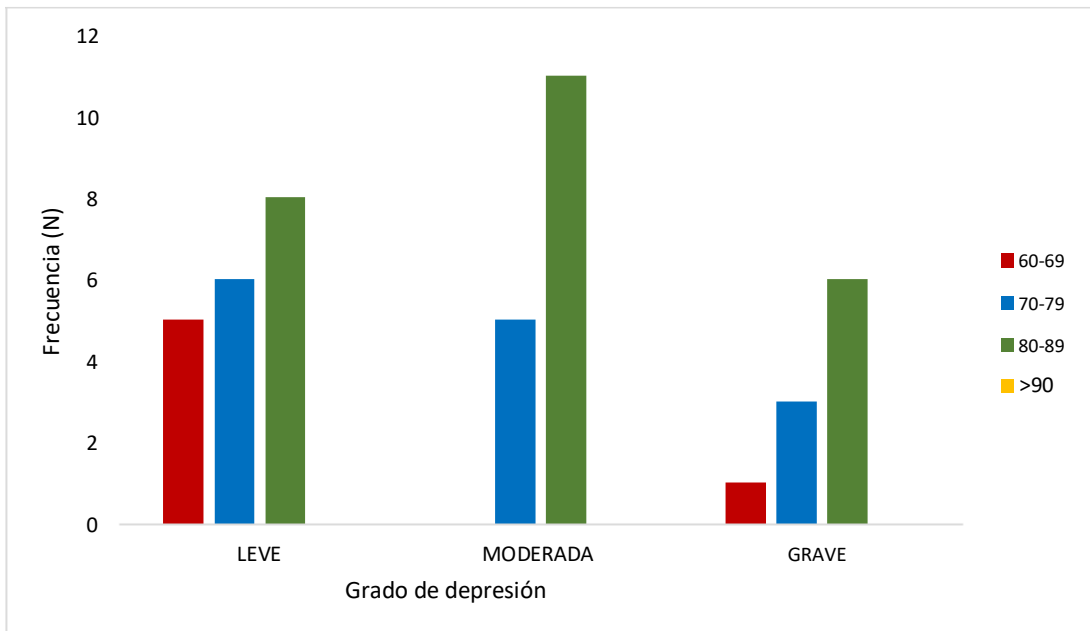
Diagnóstico	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sin depresión	28	38.4
Leve	19	26
Moderada	16	21.9
Grave	10	13.7
Total	73	100.00

Nota: N=73



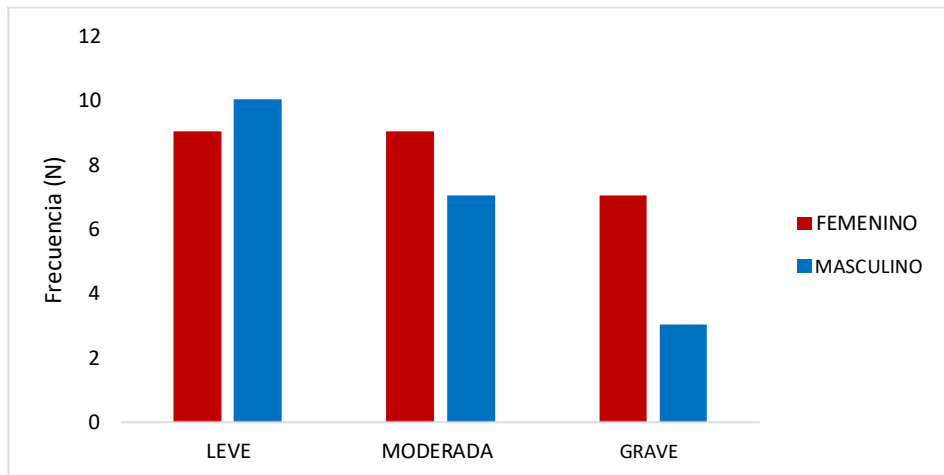
Gráfica 2. Prevalencia de depresión de acuerdo a su grado. Se muestra la prevalencia de depresión en adultos mayores de acuerdo al diagnóstico obtenido en la Escala de Depresión de Beck. N= 73.

De acuerdo a las variables sociodemográficas en los sujetos identificados con depresión se encontró una asociación entre la depresión y la edad, observando que el grupo de edad más afectado fue el correspondiente al rango de 80 a 89 años de edad con un 55.55% de esos adultos con depresión moderada, seguido del grupo de 70 a 79 años con una prevalencia del 31.1% (Gráfica 3).



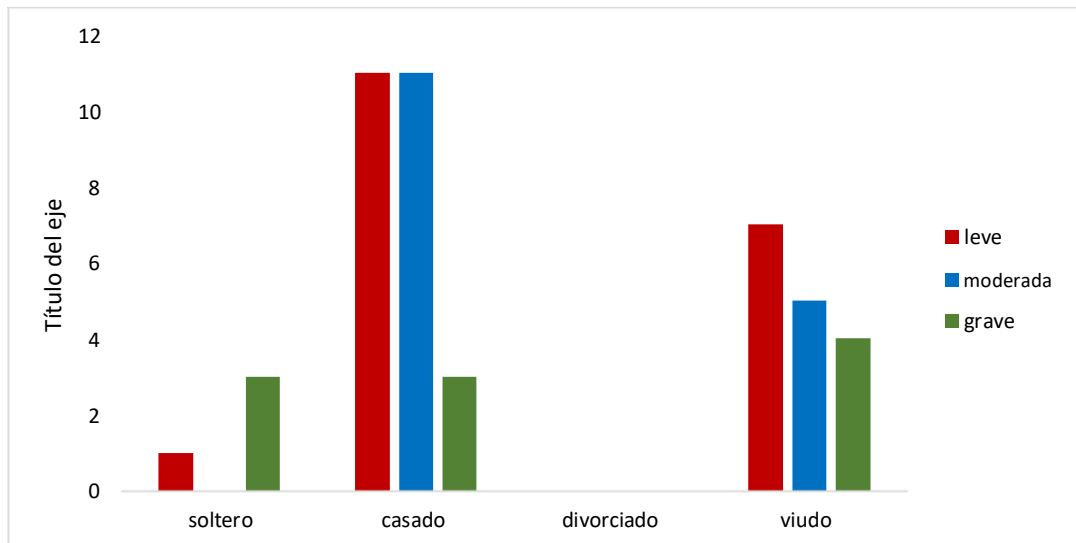
Gráfica 3. Frecuencia de depresión de acuerdo al rango por edad.
Distribución de depresión en adultos mayores de acuerdo al rango de edad.
N= 45.

Referente al análisis de depresión respecto al género, se observó que las mujeres tienen una mayor prevalencia de dicho padecimiento en los niveles de moderada y grave; únicamente los hombres predominan en el nivel de depresión leve. De las 38 mujeres el 23.68% fueron diagnosticadas con depresión leve y el 18.42% con depresión grave (Gráfica 4).



Gráfica 4. Prevalencia del grado de depresión de acuerdo al género. Frecuencia de adultos mayores deprimidos de acuerdo al género. N=45.

Se consideró la relación existente entre depresión y estado civil, observándose que la mayor prevalencia de depresión leve y moderada se reflejó en estado civil casado con prevalencia de 24.4%, para el estado civil viudo en depresión grave una prevalencia de 8.8% (Gráfica 5).



Gráfica 5. Prevalencia de depresión de acuerdo al estado civil. Prevalencia de depresión de acuerdo al estado civil y al grado de depresión diagnosticado en la Escala de Depresión de Beck. N=45.

DISCUSIONES

La prevalencia de depresión descrita en esta población de estudio fue del 61.64%, la cual es mayor a la reportada en trabajos realizados tanto a nivel internacional como nacional. EUA estima una prevalencia de 5%, China 1.5% a 2.9%, Sudáfrica reporta prevalencia de 4%. En el Reino de Arabia Saudita es de 17- 46 %. Países de Latinoamérica como Cuba y Chile estimaron prevalencias similares, del 9 y 2 al 11% respectivamente.²⁴ A nivel nacional Belló y Cols. (2005) reportaron que la prevalencia de depresión en adultos mayores fue de 4.5%.²⁵ Existe franca evidencia de que la depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia y una de la causa más común de discapacidad y disminución en la satisfacción con la vida en la vejez, además de existir datos de que este padecimiento se presenta en el anciano que vive en la comunidad de un 10,0 % hasta en un 46,0 %.²⁴

En este estudio la prevalencia que se identificó fue mayor en mujeres con un 65.78%, comparado con la de hombres con un 57.14% dato que también es similar a lo reportado por Sjöberj y Cols. (2017) quienes mencionan que ser mujer también se asoció significativamente con una mayor prevalencia a la depresión²⁶, cifras que además coinciden con las reportadas en un estudio realizado en Guadalajara, Jalisco donde Pando Moreno y Cols reportaron en 2001 una prevalencia de depresión en mujeres de hasta 43% y un 27.3% en hombres.²⁷ Esto probablemente se deba al rol que desarrolla la mujer como cuidadora generándole más carga de responsabilidad en el hogar que al hombre, pues tienen la obligación de cumplir con los deberes asociados con la maternidad, el matrimonio y las opresiones que viven por el simple hecho de ser mujer y estar obligada a cumplir con algunos roles establecidos que también pueden ser causa de la depresión además de tener relación con cambios hormonales, por lo tanto es relevante mencionar que el género es un factor determinante.

Se corrobora que el adulto mayor presenta algún grado de depresión y que a mayor edad, mayor frecuencia de este trastorno mental, existiendo un alto porcentaje del 55.5% a partir de los 80 años, siendo el grupo etario con mayor afección de los 80 a 89 años de edad en el que predominó depresión moderada, lo que pudiera explicarse pues en esta etapa se relaciona con los procesos de jubilación y/o retiro, etapa del ciclo vital en donde existen conflictos de adaptación, por lo que los cambios psicosociales tales como desconcierto, nostalgia que es condicionada por la incapacidad para lograr objetivos, presencia de patología crónica degenerativa, desempleo y agotamiento de recursos económicos si es que no se tomaron las medidas precautorias para poder enfrentarla, además de enfrentarse a la soledad por muerte del cónyuge, etapa de pérdidas; factores que pueden modificar tanto la evolución de la salud como la autonomía, así como también de crisis tanto normativas como paranormativas que puedan afectarlos de acuerdo a lo descrito en el ciclo vital familiar de Geyman en 1998.^{28,29} Lo anterior se correlaciona con un estudio realizado por Sjöberj y Cols (2017) donde reportan en general, que, al revisar la prevalencia específica por edad de la depresión con un intervalo de 10 años, fue más bajo en los más jóvenes y aumentó gradualmente con la edad, independientemente de las definiciones de depresión utilizada.²⁶

Se determinó que el 38.4% no presenta ningún tipo de depresión, resultado similar a lo estudiado por Estados Unidos y Europa, pero cabe destacar que para esta población de estudio la depresión severa se presentó en todos los grupos de edad (13.7%) con predominio en las mujeres. Estos datos pueden ser sumamente relevantes para explorar el riesgo suicida de estos pacientes, así mismo dirigir el interrogatorio hacia la presencia de ideas autolíticas, intencionalidad, planificación de actos o síntomas e incluso tener la agudeza para valorar quejas somáticas atípicas o inhabituales pues cabe resaltar que la conducta suicida es más frecuente en un anciano deprimido y que los intentos acaban en muerte con mayor frecuencia (1:4 en ancianos frente 1:20 en deprimidos menores de 40 años); en países desarrollados la tasa de suicidios consumados ha aumentado de forma considerable en los

últimos 50 años.³⁰ España por ejemplo reporta una tasa oficial de suicidios consignados por el Instituto Nacional de Estadísticas que sobrepasa el 6/100,000, donde existen también reportes de tasas de suicidio geriátrico que va desde 10-15 consumados/100,000 hab./año y la proporción de suicidas por encima de 65 años se eleva al 39%.³⁰ En nuestro País en el grupo de los adultos mayores (a partir de los 60 años), presentó 623 casos, es decir, 9.78% del total de suicidios cometidos durante el 2016³¹, y aunque se sabe que el suicidio en edades avanzadas es un acto impulsivo y difícil de predecir y aunque los familiares del anciano reporten que este no se ha comportado de una forma distinta el día que comete una tentativa autolítica, se debe considerar la existencia de ciertos signos externos que pueden servir como signos de alarma, entre ellos está la mayor frecuencia de visitas al médico, cambios en testamento, modificaciones en disposiciones económicas, aumento de inquietud, cambios en actitud religiosa.^{32,33}

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos demuestran que la población estudiada de adultos mayores es fuertemente vulnerable a estados de depresión. Se concluye que en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 9 de Minatitlán, Colima existe una prevalencia superior a las cifras nacionales de depresión en los adultos mayores, que no está diagnosticada y que puede percibirse como tristeza únicamente o de algún otro síntoma emocional y/o físico que son propios de la edad. El panorama predictivo no es positivo ya que la población de estos adultos mayores tuvo mayor predominio en mujeres que tienen ahora una esperanza de vida cercana a los 80 años, y es en el grupo de edad de 80 a 89 años donde se encontró la mayor frecuencia de depresión, etapa que puede considerarse de pérdidas y se sabe que puede haber una relación entre esas pérdidas y la presencia de depresión, así como riesgos de intentos suicidas en pacientes con depresión severa, la cual se presentó en todos los grupos de edad estudiados. Por lo tanto, se puede afirmar que la depresión es un trastorno emocional que en el adulto mayor influye en su salud integral y que debido al actual ritmo de crecimiento poblacional, este padecimiento se incrementará de forma significativa por lo que es de suma importancia establecer una atención con enfoque de riesgo en adultos mayores para el diagnóstico de depresión, buscando aminorar el efecto negativo sobre la calidad de vida de los adultos mayores.

Recomendaciones

Evaluar la presencia de depresión en el adulto mayor mediante una herramienta específica como es la Escala de Depresión de Beck (BDI-II) es de gran utilidad para ayudar a un diagnóstico correcto y diferenciarlo del cuadro de pseudodemencia.

Es de suma importancia que en la consulta de primer nivel de atención se identifique a esta población de riesgo, trayendo como beneficio un decremento en la comorbilidad, disminución de consultas por paciente, disminución de síntomas físicos y administración de menor cantidad de fármacos para su tratamiento representando en conjunto un ahorro importante de gastos para la institución. Se recomienda entonces que a todo paciente mayor de 60 años se aplique este instrumento de evaluación geriátrica para identificar la depresión y realizar acciones inmediatas. Además, es necesario realizar detección oportuna de los trastornos que provocan daño a la función mental en los adultos mayores, contribuyendo de esta forma a mejorar la calidad de vida de este grupo específico de pacientes y optimizar recursos tanto materiales como humano.

Se pretende, además, que se lleven a cabo de manera urgente intervenciones psicosociales, que cuenten con programas sociales y de salud que les garantice una mejor calidad de vida, tanto cognitiva, como emocional y físicamente, disminuyendo con ello la morbilidad y mortalidad; otorgar tratamiento de forma inmediata tanto farmacológico como terapia psicológica, canalizando en caso necesario a segundo nivel de atención médica a los servicios de psicología o psiquiatría.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Josué DL. Factores psicosociales de la depresión. Rev. Cub. Med. Mil [online]. 2006;35(3)[citado 2017-06-28] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009
2. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; c2017 [Citado 19 Jul 2017]. Depresión, hablemos [1 pantalla]. Disponible en:
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740:press-releases&Itemid=1926&lang=es
3. Guías de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento del trastorno Depresivo en Adulto Mayor. Instituto Mexicano del Seguro Social 2009. pp 2-404
4. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; c2017 [Citado 19 Jul 2017]. Salud mental. Depresión [1 pantalla]. Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
5. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; c2017 [Citado 19 Jul 2017]. Envejecimiento [1 pantalla]. Disponible en:
<http://www.who.int/topics/ageing/es/>
6. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; c2017 [Citado 19 Jul 2017]. 10 datos sobre el envejecimiento y la salud [1 pantalla]. Disponible en:
<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>.
7. INMUJERES: Instituto Nacional de las Mujeres [Internet]. México, D.F.: INMUJERES; c2001 [Citado 28 Jun 2017]. Situación de las Personas Adultas Mayores en México [1 pantalla]. Disponible en:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

8. CONAPO: Consejo Nacional de Población [Internet]. México, D.F.: CONAPO; c2014 [Citado 28 jun 2017]. Dinámica Demográfica 1990-2010 y Proyecciones de Población 2010-2030 [1 pantalla]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Analisis
9. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; c2017 [Citado 19 Jul 2017]. Región de las Américas. OMS., [actualizado febrero 2017; citado 19 julio 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
10. Martínez HO. Depresión en el adulto mayor. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2007 [Citado 29 Jun 2017]; 29(5): Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/444>
11. López, JJ., Aliño, I. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Vol. 1 Versión española. Barcelona. Masson, S.A.2003, P412
12. Sarró-Maluquer M. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. Med. Fam. 2013;39:354-360. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359313000178>
13. Bastidas BH. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. Revista de Psicología [Internet]. 2014 [Citado 15 May 2017]; 32(2):191-218. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472014000200001&script=sci_arttext
14. García SMJ, Tobías FJ. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. Atención Primaria. [Internet]. 2001 [Citado 15 May 2017]; 27(7):484-488. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701788397>
15. Segura CA, Cadona AD, Segura CA, Garzón DM. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. Rev. salud pública [Internet]. 2015 [Citado 15 May 2017]; 17(2): 184-194. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a03.pdf>.
16. Mejía AS, Miguel JA, Villa A, Ruíz AL, Gutiérrez RM. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. Salud pública Méx [Internet]. 2007 [Citado 18 May 2017]; 49(4): 475-481.

Disponible:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342007001000006

17. ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Internet]. Cuernavaca, México: ENSANUT; c2012 [Citado 30 Jun 2017]. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. [2 pantallas]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
18. Martínez MJA, Martínez OVA, Esquivel MCG, Velasco RVM. Prevalencia de la depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2007 [Citado 30 Jun 2017]; 45 (1): 21-28. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=11098>
19. Serby M, Yu M. Depression in the elderly. Mount Sinai Journal of Medicine 2007;70
20. Rodríguez M, Boris D, Rodríguez O y cols. Algunos aspectos clínico-epidemiológicos de la depresión en la ancianidad. MEDISAN 2009;13
21. Beck A, Steer R, Brown G. BDI-II Inventario de Depresión Beck. 2a Ed – Buenos Aires: Paidós: 2006
22. Carvajo MC. Aplicación de la escala de depresión de Beck en una muestra de personas mayores. Rev. Pedag. 2009; 22:219-230
23. Orosco C, Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. Persona 2015 91-104. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147143428004>. Fecha de consulta: 29 de julio de 2017.
24. Valdés M, González JA, Salisu M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Revista cubana de Med Gen Integr [Internet]:2017 Dic [citado 25 Abr 2019]; 33(4):1-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252017000400001&lng=es

25. Belló M, Puentes E, Medina ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México [Internet] Salud Pública de México [citado 25 Abr 2019]; 2005; 47(1): S4-S11. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4683/5151>
26. Sjöberg L, Karlsson B, Atti AR, Skoog I, Fratiglioni L, Wang H-X. Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *Journal of Affective Disorders* 221 (2017) 123–131
27. Pando MM, Aranda BC, Alfaro AN, Mendoza RP. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana [Internet] *Rev Esp Geriatr Gerontol* [citado 25 Abr 2019]; 2001;36(3):140-144. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X0174704X>
28. Anzures RL. *Medicina Familiar: 1a ed.* México: Corinter: 2008 Pp.203-225.
29. Irigoyen A. *Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar: 5a. Edición:* Editorial Medicina Familiar Mexicana: México: 1990
30. I.N.E. Instituto Nacional de Estadística. *Estadística del Suicidio en España.*1993. Madrid
31. Zárate RG. “El suicidio en México: Alternativas de atención, seguimiento y prevención desde el poder legislativo” [Internet] Ciudad de México, Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República: *Mirada Legislativa* [citado 25 Abr 2019]; 2018;140:1-40. Disponible en: bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/3849/Mirada%20No.%20140%20FINAL.PDF?sequence=1&isAllowed=y
32. Vassilas CA, Morgan HG. General practitioner's contact with victims of suicide. *BMJ* 1993; 307:300-301
33. Vassilas CA, Morgan HG. Elderly suicides contact with their general practitioners before death. *Int J Geriatr Psychiat* 1994; 9 (12):1008-1009

ANEXOS

ANEXO 1

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.²⁴

“Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

Es misión del médico salvaguardar la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia están dedicados al cumplimiento de esta misión. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico a la aseveración: «La salud de mi paciente será mi empeño principal», y el Código internacional de Ética Médica declara que «cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente».

La finalidad de la investigación biomédica que implica a personas debe ser la de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad.

En la práctica médica actual, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o profilácticos implican riesgos. Esto rige especialmente en la investigación biomédica. El progreso médico se basa en la investigación que, en última instancia, debe apoyarse en parte en la experimentación realizada en personas. En el campo de la investigación biomédica, debe efectuarse una diferenciación fundamental entre la investigación médica en la cual el objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico básicamente y no con la finalidad científica pura.

PRINCIPIOS BASICOS:

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.
3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.
5. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
6. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.
7. Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los

riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

8. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.

12. El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

II. Investigación médica combinada con asistencia profesional (Investigación clínica)

1. En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe tener la libertad de utilizar un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico, si a juicio del mismo ofrece una esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
2. Los posibles beneficios, riesgos y molestias de un nuevo procedimiento deben sopesarse frente a las ventajas de los mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
3. En cualquier estudio clínico, todo paciente, inclusive los de un eventual grupo de control, debe tener la seguridad de que se le aplica el mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico confirmado.
4. La negativa del paciente a participar en un estudio jamás debe perturbar la relación con su médico.
5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado, las razones concretas de esta decisión deben consignarse en el protocolo experimental para conocimiento del comité independiente (v. Principios básicos, punto 2).
6. El médico podrá combinar investigación médica con asistencia profesional, con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos médicos, únicamente en la medida en que la investigación médica esté justificada por su posible utilidad diagnóstica o terapéutica para el paciente.

III. Investigación biomédica no terapéutica que implique a personas (Investigación biomédica no clínica)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en personas, es deber del médico seguir siendo el protector de la vida y la salud de la persona participante en la investigación biomédica.
2. Las personas participantes deben ser voluntarios, o bien personas sanas o pacientes cuya enfermedad no esté relacionada con el protocolo experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe suspender la investigación si estimasen que su continuación podría ser dañina para las personas.
4. En investigaciones en el hombre, el interés de la ciencia y la sociedad jamás debe prevalecer sobre consideraciones relacionadas con el bienestar de las personas.”¹⁹

ANEXO 2

LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION²⁵

TITULO SEGUNDO

De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

CAPITULO I

Disposiciones Comunes

“ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

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

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

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, y

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTICULO 19.- Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

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 observarse;
- 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 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;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

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.”²⁰

ANEXO 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE
EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

LUGAR: UMF 9 MINATITLAN, COLIMA.

FECHA: _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

"PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF 9. MINATITLAN, COLIMA"

Con número de registro ante el Comité Local de Investigación o CNIC:

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario.

Y que el objetivo de este estudio es: **Determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores de la UMF 9 IMSS en el municipio de Minatitlán, Colima**

Declaro que se me ha explicado en forma muy amplia sobre posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en este estudio, como son: Mi participación **no implicará daño físico o de otra forma** y que la información que se recabe será confidencial y de uso exclusivo para esta investigación.

El investigador principal del estudio, se compromete a responder cualquier duda o cuestionamiento que surja de forma clara y oportuna, acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo en esta investigación

Los riesgos de esta investigación es quitar un poco de su tiempo

Los beneficios, identificar el diagnóstico de depresión. En caso de presentar esta enfermedad será derivado al servicio de psicología para su atención médica. El investigador se compromete a otorgar información oportunamente sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser benéfico para mi tratamiento. Entiendo que puedo retirarme del estudio en el momento que yo considere conveniente, sin que mi decisión afecte la atención médica que recibo del instituto sea modificada

También entiendo que NO se me identificará en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos proporcionados en relación a mi privacidad serán utilizados con discreción y confidencialidad. El investigador se ha comprometido a proporcionarme cualquier información que se obtenga en el transcurso del estudio, reservándose el derecho de no hacerlo en caso de yo no continuar en el mismo. En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Arcelia Zendejas Hernández, UMF 9 matrícula 99060789 Tel casa 3123144154, cel. 3121522795

Colaboradores: Francisco Javier Vizcaino Orozco Matrícula 4281772 Jubilado., Tel. Casa 312 3123621 Cel. 312 194 0028
M.F. Luis Alberto Zárate Ramírez, Unidad de Adscripción U.M.F. 9 Minatitlán, Colima. , Matrícula: 99062659
Agustín Melgar 331 Col. Niños Héroes Colima, Colima. Teléfono celular 312 168 6205

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

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de la persona que recabara consentimiento informado

Testigo

Testigo

ANEXO 4

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS		NUM. DE REGISTRO
NUMERO SEGURIDAD SOCIAL		
ESTADO LABORAL	ESTADO CIVIL	
ACTIVO	SOLTERO	
DESEMPLEADO	CASADO	
JUBILADO/PENSIONADO	DIVORCIADO	
	VIUDO	
CUESTIONARIO DE DEPRESION DE BECK (Beck depression Inventory) BID II ELIJA USTED LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA <u>COMO SE HA SENTIDO USTED EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS HASTA EL DIA DE HOY</u>		
1. SE SIENTE TRISTE O INFELIZ?	No me siento triste	
	Me siento triste o melancólico	
	Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo	
	Me siento tan triste o infeliz que no puedo superarlo	
2. QUE PIENSA UD. ACERCA DE SU FUTURO	No estoy desanimado por mi futuro	
	Me siento mas desanimado por mi futuro en las últimas dos semanas	
	No espero que las cosas funcionen para mí.	
	Siento que en mi futuro no hay esperanza, y solo irá peor.	
3. TOMANDO EN CUENTA SU PASADO, UD. SIENTE QUE HA FRACASADO?	NO me siento como un fracaso.	
	He fallado más de lo que debería.	
	Cuando miro hacia atrás, veo mi vida como una serie de fracasos.	
	Creo que soy un fracaso total como persona	
4. PERDIDA DE LA SATISFACCION	Tengo el placer de que he hecho cosas que me gustan.	
	Ya no disfruto tanto de las cosas como antes.	
	Me gustan muy poco las cosas que solía disfrutar.	
	Ya no disfruto nada de las cosas que antes solía disfrutar	

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS		NUM.
6. SENTIMIENTOS DE CULPA	No me siento especialmente culpable	
	Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería haber hecho	
	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	
	Me siento culpable todo el tiempo	
6. CREE QUE HA HECHO COSAS MALAS O EQUIVOCADAS Y QUE ESTA SIENDO CASTIGADO(A) POR ELLO?	No estoy siendo castigado	
	Siento que puedo ser castigado	
	Espero ser castigado	
	Siento que estoy siendo castigado	
7. NO ESTA SATISFECHO CON UD. MISMO?	Me siento igual que siempre	
	He perdido la confianza en mí en las últimas dos semanas	
	Estoy decepcionado de mí mismo	
8. AUTOCRÍTICA	No estoy satisfecho conmigo mismo	
	Yo no me critico o me culpo mas de lo habitual	
	Me critico más de lo que solía hacerlo	
	Me critico por todos mis defectos.	
9. HA TENIDO PENSAMIENTOS O DESEOS SUICIDAS?	Me culpo por todo lo malo que sucede.	
	Yo no he pensado en matarme.	
	Lo he pensado, pero yo no lo llevaría a cabo	
	Me gustaría matarme.	
10. LLORA?	Me mataría si tuviera la oportunidad.	
	No lloro más que de costumbre.	
	Lloro más de lo que solía.	
	Lloro por cualquier pequeño detalle	
11. INTRANQUILIDAD	Tengo ganas de llorar pero no puedo.	
	No me siento más intranquilo que habitualmente	
	Me siento más intranquilo de lo habitual	
	Estoy tan intranquilo que me es difícil estar quieto	
	Estoy tan intranquilo que no puedo dejar de moverme	

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS		NUM.
12. PERDIDA DEL INTERES EN ACTIVIDADES O PERSONAS	No he perdido el interés por los demás	
	Estoy menos interesado en los demás que antes	
	He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos	
	He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto	
13. CAPACIDAD DE TOMAR DECISIONES	Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes	
	Trato de no tener que tomar decisiones	
	Tengo grandes dificultades para tomar decisiones	
	Ya no puedo tomar decisiones	
14. SENSACION DE INUTILIDAD	Puedo trabajar igual de bien que antes	
	Siento que no soy tan útil como antes	
	Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	
	No puedo realizar ningún trabajo	
15. PERDIDA DE ENERGÍA	No me canso más que antes	
	Me canso más fácilmente que antes	
	Me canso por cualquier cosa.	
	No tengo energía para hacer nada.	
16. CAMBIOS EN EL PATRON DE SUEÑO	Sin cambios	
	Duermo un poco más o menos que lo habitual	
	Duermo mucho mas o menos de lo habitual	
	Duermo todo el día, o me despierto 1-2 hrs de la madrugada y no puedo volver a dormir	
17. FACILMENTE SE MOLESTA O SE ENOJA?	No estoy más irritable que normalmente	
	Me irrito con más facilidad que antes.	
	Con cualquier cosa me molesto o me enojo	
	Me siento irritado (molesto o enojado) todo el tiempo	
18. CAMBIOS EN EL APETITO	No ha habido cambios	
	Tengo un poco más de hambre o tengo un poco menos de hambre	
	Tengo mucha hambre o casi no tengo hambre	
	Quiero comer todo el tiempo o no tengo hambre	

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS		NUM.
19. DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE	No tengo dificultad	
	No me puedo concentrar como de costumbre	
	Es difícil mantener la concentración en algo por mucho tiempo	
	Me parece que no puedo concentrarme en nada	
20. CANSANCIO O FATIGA	No me canso más que antes	
	Me canso más fácilmente que antes	
	Me siento cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.	
	Me siento cansada para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	
21. PERDIDA DE INTERES EN EL SEXO	No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo	
	Estoy menos interesado	
	Apenas me siento atraído sexualmente	
	He perdido el interés por completo	
GRACIAS POR CONTESTAR LA ENCUESTA¡¡¡		