



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HP/UMF 10. CIUDAD DE MÉXICO**

TESIS

**“ASOCIACIÓN DE DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO
MAYOR DEL HP/ UMF 10.”**

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

PRESENTA:

ELVIRA ARRIAGA MORALES

Registro de autorización:

R-2019-3605-117

CIUDAD DE MÉXICO 2020.



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



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN 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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3605**.
H GRAL ZONA -MF- NUM 8

Registro COFEPRIS **17 CI 09 010 051**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 010 2018072**

FECHA **Jueves, 04 de julio de 2019**

Lic. Elvira Arriaga Morales

PRESENTE

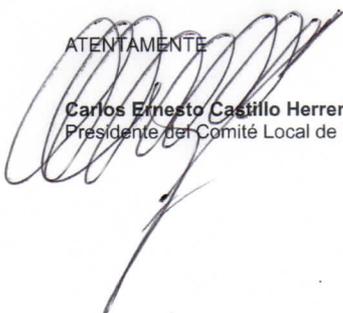
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**ASOCIACIÓN DE DEPRESION Y DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR DEL HP/ UMF 10.**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2019-3605-117

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


Carlos Ernesto Castillo Herrera
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3605

[Imprimir](#)

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

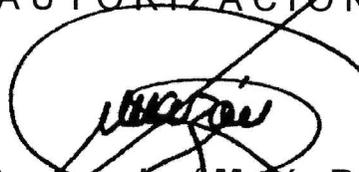
**“ASOCIACIÓN DE DEPRESION Y DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR DEL
HP/ UMF 10.”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ELVIRA ARRIAGA MORALES

AUTORIZACIONES:



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



DR. GEOVANI 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.



**“ASOCIACIÓN DE DEPRESION Y DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR DEL
HP/ UMF 10.”**

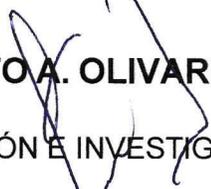
TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ELVIRA ARRIAGA MORALES

AUTORIZACIONES:


DR. ALBERTO ROSENDO RUIZ
DIRECTOR HP/UMF No. 10


DR. DR. ROBERTO A. OLIVARES SANTOS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL HP/UMF10


DR. ERIC OMAR GALLARDO ALONSO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN HP/UMF10



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



CIUDAD DE MÉXICO 2020

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

TITULO DE TESIS

**"ASOCIACIÓN DE DEPRESION Y DETERIORO COGNITIVO EN EL
ADULTO MAYOR DEL HP/ UMF 10."**

ASESORES DE TESIS



DR. FABIAN AVALOS PÉREZ



DR. ERIC OMAR GALLARDO ALONSO



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



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

2020

INDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
AGRADECIMIENTOS	1
RESÚMEN	2
ANTECEDENTES	4
MARCO TEÓRICO	4
JUSTIFICACIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
OBJETIVO GENERAL.....	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
HIPÓTESIS	14
MATERIAL Y MÉTODOS	15
PERIODO Y SITIO DEL ESTUDIO	15
UNIVERSO DE TRABAJO	15
POBLACIÓN DE ESTUDIO	15
DISEÑO DEL ESTUDIO	16
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	16
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	16
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	17
MUESTREO	17
TIPO DE MUESTRA	17
CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	17
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	18
OPERALIZACION DE VARIABLES.....	18
DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	19
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	20
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.....	20
CONSIDERACIONES ÉTICAS	21
CRONOGRAMA	22
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS	32

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por todas las bendiciones otorgadas en este proyecto.

A mis padres:

A mi mamá la Dra. Elvira Morales García, por su ejemplo de fortaleza y de sabiduría, por su amor, dedicación constante y su apoyo en todos y cada uno de mis proyectos, impulsándome a ser siempre la mejor tal y como lo es ella.

A mi papá el Lic. Saúl Arriaga Popoca, que me ha dado un gran ejemplo y me ha brindado su amor, apoyo para impulsarme siempre a salir adelante y por motivarme a concluir todas mis metas.

A mis hermanos:

La Lic. Claudia Ivet Arriaga Morales, que siempre me ha brindado su apoyo y a quien admiro por ser una profesionista de grandes ideales, luchadora social a favor de los desprotegidos

El Arquitecto Saúl Arriaga Morales, por su apoyo incondicional.

A mis profesores:

Al Dr. Fabian Avalos Pérez mi asesor de tesis por todo el apoyo que me brindó para poder concluir este proyecto.

A todos mis maestros que con su dedicación y sabiduría me apoyaron a lograr esta meta.

A los pacientes:

A todos los pacientes que colaboraron amablemente en la realización de esta tesis.

1.RESÚMEN:

ASOCIACIÓN DE DEPRESION Y DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR DEL HP/UMF 10

*Elvira Arriaga Morales. **Fabian Avalos Pérez. *** Eric Omar Alonso Gallardo

*Médico General Adscrito UMF21. IMSS

**Especialista en Medicina Familiar. Maestro en Ciencias de la Salud, Área de concentración Sistemas de Salud.

***Especialista en Medicina Familiar. Maestro en Educación. Adscrito a HP/UMF10.

Introducción: Las consecuencias de los síntomas depresivos sobre las capacidades físicas pueden ser similares o incluso más importantes que las de muchas enfermedades crónicas Sin embargo los estudios han considerado la discapacidad como la consecuencia última de los síntomas depresivos y no hacen una clara referencia sobre la asociación con el deterioro cognitivo.

Objetivo: Describir la asociación de depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor del HP/UMF 10

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, analítico y prospectivo, En el cual se incluyeron 320 pacientes adulto mayor con depresión adscritos al HP/UMF 10, se les realizó test validado de depresión y valoración cognoscitiva: Cuestionario minimental y escala de depresión Yesagave.

Tiempo a desarrollarse: De Noviembre 2018 a Febrero del 2019

Análisis estadístico: Se realizó base de datos en programa estadístico STATA versión 11, donde se obtuvo por estadística descriptiva las medidas de tendencia central de las variables en un análisis bivariado, Describiendo la Media, Desviación estándar y rango de las variables cuantitativas y frecuencia y proporción de las variables cualitativas. Posteriormente se realizaron tablas de contingencia para estimación de Odds ratio, Riesgo relativo y prueba de hipótesis con Chi 2.

Recursos e infraestructura: la unidad cuenta con la infraestructura y los recursos para llevar a cabo la investigación. Los participantes tienen conocimiento del tema. Recursos financieros a cargo del investigador principal.

Uso de resultados: Al establecer la prevalencia de depresión y su asociación con las capacidades funcionales de los adultos mayores para generar la evidencia sobre las necesidades reales de salud de nuestra población geriátrica.

Palabras claves: Depresión, capacidad cognitiva, adulto mayor.

1.SUMMARY:

ASSOCIATION OF DEPRESSION AND COGNITIVE DETERIORATION IN THE ELDERLY ADULT OF HP / UMF 10

*Elvira Arriaga Morales. **Fabian Avalos Pérez. *** Eric Omar Alonso Gallardo

*Médico General Adscrito UMF21. IMSS

**Especialista en Medicina Familiar. Maestro en Ciencias de la Salud, Área de concentración Sistemas de Salud.

*** Especialista en Medicina Familiar. Maestro en Educación. Adscrito a HP/UMF10.

Introduction: The consequences of depressive symptoms on physical abilities may be similar or even more important than those of many chronic diseases. However, studies have considered disability as the ultimate consequence of depressive symptoms and do not make a clear reference about the association with cognitive deterioration.

Objective: To describe the association of depression and cognitive impairment in the elderly of HP / UMF 10

Material and Methods: Observational, descriptive, analytical and prospective study, which included 320 elderly patients with depression ascribed to HP / UMF 10, validated tests of depression and cognitive assessment were performed: Minimal questionnaire and scale of depression Yesagave.

Time to develop: From November 2018 to February 2019

Statistical analysis: Statistical program was made in statistical program STATA version 11, where descriptive statistics were obtained by measures of central tendency of the variables in a bivariate analysis, Describing the Mean, Standard deviation and range of quantitative variables and frequency and proportion of the qualitative variables. Subsequently, contingency tables were made for the estimation of Ods ratio, relative risk and test of hypothesis with Chi 2.

Resources and infrastructure: the unit has the infrastructure and resources to carry out the research. The participants have knowledge of the subject. Financial resources by the principal investigator.

Use of results: When establishing the prevalence of depression and its association with the functional capacities of the elderly to generate evidence on the real health needs of our geriatric population.

Keywords: Depression, cognitive ability, older adult.

2. ANTECEDENTES

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos.

Por ejemplo, entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Es un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan unos padres vivos, como ya ocurre en nuestros días. Ello significa que una cantidad mayor de los niños conocerán a sus abuelos e incluso sus bisabuelos, en especial sus bisabuelas. En efecto, las mujeres viven por término medio entre 6 y 8 años más que los hombres.¹

3. MARCO TEORICO

3.1 MARCO EPIDEMIOLOGICO

Con el aumento de los adultos mayores en el mundo se espera una mayor incidencia de múltiples enfermedades crónicas, entre las que se incluye la depresión. Es probable que esta última constituya la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez. La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida.

Los trastornos neuro-psiquiátricos representan el 6.6% de la discapacidad total (AVAD) en este grupo etario.

Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental.²

El adulto mayor tiene mayor morbilidad y padece especialmente enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, las cuales aumentan progresivamente la dependencia. Demencia y depresión tienen alta prevalencia en el adulto mayor, en Ecuador la prevalencia fue de 39% según la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento). La depresión en esta población tiene características especiales pues las personas mayores de 65 años tienen factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros. La soledad predispone a depresión en mujeres y hombres. Un estudio en Perú encontró asociación de depresión con problemas físicos e incapacidad.

La depresión es un proceso multifactorial y se ha demostrado asociación con la falta de apoyo de la red social. En Tailandia sólo 38% de personas mayores de 80 años con depresión, tenía buena red social ³

El ánimo depresivo no forma parte del envejecimiento normal y su presencia suele subestimarse. Si bien la prevalencia de la depresión en el adulto mayor se calcula entre 1 y 3% cuando se aplican los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM),⁴ la de los síntomas depresivos es mucho mayor y se ubica entre 10 y 50 por ciento. Los síntomas depresivos, tanto como la depresión, tienen un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del adulto mayor. En estudios transversales⁴ y longitudinales se ha demostrado que los adultos mayores que viven en la comunidad afectados por este problema tienen mayor discapacidad física y social. Las consecuencias de los síntomas depresivos sobre las capacidades físicas pueden ser similares o incluso más importantes que las de muchas enfermedades crónicas, lo cual es más evidente cuando se conjugan como la demencia, o con una pobre red social, escasa autosatisfacción o sentimientos de soledad. Sin embargo, todos estos estudios han considerado la “discapacidad” como la consecuencia última de los síntomas depresivos y no hacen una clara referencia si se incluye la presencia de “dependencia funcional”, puesto que ambos términos describen dos entidades diferentes.⁵

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes del adulto mayor. Diversos estudios epidemiológicos norteamericanos describen una prevalencia de depresión mayor de 1-5% y una frecuencia de 8-27% de síntomas depresivos significativos en los adultos mayores que viven en la comunidad ⁶.

La prevalencia es aún mayor en los sujetos mayores hospitalizados, y en aquellos residentes en casas de reposo. Con frecuencia en el paciente mayor, la depresión se presenta en forma atípica y clínicamente no cumple con los criterios de una depresión mayor. Estos síndromes incompletos, denominados depresión menor o depresión NOS por el DSM-5, tienen la misma repercusión en cuanto a morbi-mortalidad que la depresión mayor ⁷⁻⁹ De acuerdo al DSM 5. Al menos tres de los síntomas maníacos/hipomaníacos siguientes están presentes casi todos los días durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor: Al menos tres de los síntomas maníacos/hipomaníacos siguientes están presentes casi todos los días durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor Los episodios de depresión mayor que se producen según un patrón estacional con frecuencia se caracterizan por una importante presencia de energía, hipersomnias, sobrealimentación, aumento de peso y anhelo de carbohidratos. Actualizado Este especificador no se aplica a las situaciones en que el patrón se explica

mejor por factores de estrés psicosocial estacionales (p. ej., desempleo estacional o calendario escolar). Los episodios de depresión mayor que se producen según un patrón estacional con frecuencia se caracterizan por una importante presencia una disminución de la energía, hipersomnia, sobrealimentación, aumento de peso y anhelo de carbohidratos. Motivo de la actualización “Disminución de la energía”.¹⁰. la depresión mayor constituye uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociado a una alta morbi-mortalidad en contextos como el mexicano cabe puntualizar que en el riesgo de aparición de un cuadro depresivo algunos autores y autoras concuerdan que en este síndrome convergen una serie de factores, que interactúan y conducen en forma conjunta al detrimento de la calidad de vida en hombres y mujeres mayores, tales como: vivir solos, la institucionalización, la morbilidad/discapacidad de la pareja, la viudez, el abandono familiar y la falta de ingresos, entre otros muchos casos de depresión no son claramente apreciables en la práctica clínica, ya que sus síntomas se presentan de forma heterogénea en esta población.¹¹ Estos criterios resultan problemáticos cuando se emplean con adultos mayores debido a que ciertas enfermedades médicas también pueden enmascarse en síntomas similares a los de la depresión o viceversa, y por ello no es fácil establecer la fuente causal de los síntomas ni un diagnóstico único. De igual manera, se ha observado que ciertas enfermedades médicas tales como enfermedad de Parkinson, infarto, accidente cerebrovascular, trastornos endocrinos, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, enfermedades infecciosas, etc. así como algunos medicamentos como las benzodiazepinas, los antihipertensivos, los anticancerígenos, entre otros, pueden causar depresión en momentos posteriores, o incrementar la severidad de síntomas depresivos ya presentes. Es así como la depresión geriátrica se manifiesta de forma heterogénea debido a que su etiología solo puede explicarse recurriendo a diversos mecanismos patogénicos de orden biológico y psicosocial que coexisten en el individuo. Más aún, la relación entre la enfermedad física y la depresión no necesariamente es una relación directa, ya que la depresión puede desencadenarse a causa del malestar y la discapacidad provocada directamente por alguna enfermedad en particular o, incluso, por el deterioro físico y sensorial asociado. De ahí la importancia de estar sensibilizado y alerta para sospechar el diagnóstico. El sub diagnóstico de depresión se debe en parte a que las personas mayores tienden a no consultar espontáneamente por síntomas depresivos, o estos son erróneamente atribuidos a algo propio del envejecimiento. Esta vinculación entre la enfermedad médica y los síntomas depresivos tiene serias implicaciones, ya que el seguimiento irrestricto de los criterios del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) provocaría que múltiples pacientes no sean diagnosticados con depresión y, por lo tanto, no reciban atención. Por esta razón es importante

identificar y comprender con mayor profundidad la relación existente entre las enfermedades médicas y la depresión, de tal manera que la fuente etiológica de los síntomas pueda estimarse con mayor precisión. Esto permite contrarrestar el posible sesgo de sobre diagnóstico de enfermedades médicas, que lleva a sub diagnosticar la depresión y, de igual forma, contribuye a que tampoco se pasen por alto síndromes físicos hasta el punto de incurrir en un sobre diagnóstico de la depresión. Asimismo, si bien múltiples factores de riesgo de depresión tales como algunas variables demográficas, psicosociales o espirituales, no son susceptibles de intervención o modificación, lo cierto es que sí es posible intervenir, por lo menos de forma parcial, en algunas condiciones médicas, de forma que se pueda reducir el riesgo de aparición o agravamiento de la depresión y viceversa.¹²⁻¹³

De acuerdo con los resultados del Censo 2010, actualmente en México hay 10 millones de adultos mayores (AM) de 60 años o más, que representan 9% del total de la población;¹⁴ su tasa de crecimiento anual es de 3.8%, lo que implica que en 2018 habrá 14 millones. De hecho, ahora hay más individuos mayores de 60 años que niños menores de 4 años y las proyecciones indican que el fenómeno del envejecimiento demográfico es irreversible¹⁵.

Este crecimiento es una muestra también del aumento en la esperanza de vida, que actualmente es de 76.4 años para población en general y de 22 años para el grupo poblacional de 60 años o más. Sin embargo, la esperanza de vida saludable para la población en general es apenas de 65.8 años, lo que significa que en 10.6 años (de la esperanza de vida general) hay una carga de enfermedad y dependencia¹⁶. Además, este aumento en la esperanza de vida representa también un reto para la salud de los Adultos Mayores en términos de enfermedades no transmisibles, las cuales son generadoras de discapacidad. Los adultos mayores son vulnerables principalmente a enfermedades crónicas, alteraciones médicas sensoriales, como visión, audición, malnutrición, incontinencia urinaria, uso de polifarmacia, deterioro cognitivo, depresión, dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, alteración en la marcha y deficiencia en apoyo social. Es frecuente que el adulto mayor no exprese todos sus malestares por el concepto erróneo de que las alteraciones en su estado de salud son normales debido a su edad, por vergüenza o por el tipo de atención en la consulta clásica, donde cada vez es menor el tiempo del que se dispone para la misma;¹⁷ La creciente prevalencia de las enfermedades crónicas, incluyendo la demencia, constituye un reto particular, pues compromete la funcionalidad, genera discapacidad, eventualmente conduce a la dependencia y representa además un incremento significativo en el costo de la atención a la salud. Las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo asociados constituyen un problema de salud en los adultos mayores.¹⁸

De acuerdo a la Encuesta de salud 2015 México las principales características de salud. Los tres padecimientos con el mayor auto reporte de diagnóstico médico fueron hipertensión(40.0%), diabetes (24.3%) e hipercolesterolemia (20.4%).

En relación con los padecimientos mentales, uno de cada seis presenta síntomas depresivos significativos (17.6%), algo más de 7% presenta deterioro cognitivo y alrededor de 8% demencia¹⁹.

En geriatría, se utilizan diversos instrumentos para valorar los síntomas depresivos como la escala de Hamilton, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Self-Rating Depression Scale (SDS) de Zung, Beck Depression Inventory (BDI), Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Symptom Checklist-90- Revised, entre otros. La Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale - GDS) de Yesavage cuenta con diferentes versiones, siendo las mayormente utilizadas las de 30, 15 y 5 ítems, con una sensibilidad mayor del 80% y una especificidad mayor del 70%. Por otro lado, no existe la rutina de hacer tamizaje para la depresión en atención ambulatoria, todo lo cual lleva a que este problema pase largo tiempo sin ser diagnosticado o sea insuficientemente tratado.

La mejor estrategia de salud pública para combatir este problema es promover el uso rutinario de instrumentos de tamizaje para depresión en la atención del paciente mayor²⁰.

3.2 MARCO CONCEPTUAL

DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

De acuerdo a la OMS. La depresión es 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. ²¹

De acuerdo a diccionario de la lengua española. El termino depresión, etimológicamente proviene del latín «depressio», y a su vez de la palabra «depressus» que quiere decir «derribado», varias fuentes exponen que la palabra está compuesta por el prefijo «de» que significa «decaimiento o privación de arriba abajo», mas el verbo «premere» que quiere decir «presionar». Según la real academia española define el vocablo depresión como la acción y el efecto de deprimir o deprimirse. ²²

DEFINICIÓN DE COGNICIÓN

La cognición es la capacidad que permite al ser humano desarrollar una vida sin dificultad, resolviendo problemas y situaciones, manteniendo un correcto aprendizaje y procesando correctamente la información del ambiente, para recordarla y utilizarla posteriormente. Las personas que presenten un

envejecimiento cerebral normal o fisiológico mantendrán esta capacidad durante todos sus años de vida. Sin embargo, las que sufran un envejecimiento anormal o patológico podrán verse afectadas por diferentes grados de deterioro de las funciones mentales superiores.

DETERIORO COGNITIVO

En 1988 se introdujo el constructo deterioro cognitivo leve como un síndrome que comprendía un déficit cognitivo superior al esperado para la edad y el nivel cultural de la persona

En ese momento fue considerado como un proceso degenerativo que antecedía a la demencia. En los últimos 30 años se ha constatado que no todos los pacientes con deterioro cognitivo leve evolucionan hacia demencia. Por ello, el concepto y la definición han sido modificados en sucesivas ocasiones, a la vez que se han establecido diferentes subtipos de deterioro cognitivo leve en función del dominio cognitivo afectado. Es necesario profundizar en la definición de deterioro cognitivo leve y conocer los subtipos, con el objetivo de establecer su impacto sobre una sociedad envejecida, identificar sujetos en riesgo de conversión a demencia e implementar estrategias de intervención precoz dirigidas a mejorar la salud mental de nuestros mayores.

El deterioro cognoscitivo leve (DCL) es un síndrome clínico que consiste en una disminución medible de la memoria y/o más funciones cognoscitivas pero que no tiene afectación en las actividades de vida diaria, ni cumple con los criterios de síndrome demencial. Su importancia radica en que se considera una fase de transición entre una función cognitiva normal y una demencia. Su tasa de conversión anual es del 7% al 10%. El deterioro cognoscitivo leve se clasifica de acuerdo a la presencia o no de alteración de la memoria acompañada o no de alteración en otro dominio cognoscitivo 1. Deterioro cognoscitivo amnésico de dominio único. 2. Deterioro cognoscitivo amnésico de múltiples dominios. 3. Deterioro cognoscitivo no amnésico de dominio único. 4. Deterioro cognoscitivo no amnésico de múltiples dominios.²³

ADULTO MAYOR

Es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida).²⁴

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente. El diagnóstico aparece muchas veces en la entrevista clínica, donde se interroga sobre estado de ánimo, labilidad emocional, anergia, anhedonia, trastornos del apetito y sueño, signos de ansiedad, ideación de muerte, quejas somáticas. Para valorar estas esferas contamos con diferentes pruebas, la más empleada es la Escala de Depresión de Yesavage, que comprende 30 ítems; existe una versión corta de 15 ítems, que es la más recomendada para tamizaje. Para su interpretación, el punto de corte se sitúa en 5/6: una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 y 9, probable depresión, y más de 10, depresión ²⁵. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada. Aunque ambas versiones de la Escala de Depresión Geriátrica son instrumentos muy efectivos, aún la versión de 15 preguntas resulta demasiado extensa para su uso rutinario en atención ambulatoria. Basado en esta necesidad, es que en 1999 T. Hoyl, C. Alessi, L. Rubenstein et al desarrollaron la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica, la cual en población norteamericana resultó ser tan efectiva como la versión de 15 preguntas, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de depresión²⁶.

Existen numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales con impacto más o menos prominente en la salud mental de las personas adultas mayores. Aparte de componentes derivados de los procesos normales de envejecimiento o de la coocurrencia de enfermedades médicas diversas, eventos como la muerte de un ser querido, la jubilación o la discapacidad, contribuyen significativamente a una variedad de problemas mentales o emocionales en esta fase del ciclo vital. Los problemas más frecuentes afectan las esferas neurocognitiva, afectiva y onírica. Los trastornos neurocognitivos mayores reducen el rendimiento general del paciente y generan con ello exigentes necesidades de dependencia y cuidado cercano. Los trastornos afectivos pueden acentuarse por falta de apoyo familiar y disminución marcada de interacciones sociales que pueden dar lugar a un significativo aislamiento con conducta suicida resultante. ²⁷.

Un meta-análisis que evaluó 118 estudios para determinar la proporción de verdaderos y falsos y positivos y negativos en atención primaria encontró que el médico de atención primaria (MAP) identificaron correctamente el trastorno depresivo en el 47% de los casos, y reportaron una sensibilidad de 50,1% y

una especificidad del 81,3%. Con una prevalencia de depresión de 21,9% en atención primaria, por cada 100 personas atendidas hubo más falsos positivos que verdaderos positivos o falsos negativos. Los cuadros depresivos moderados a severos, que no son detectados inicialmente por los MAP, son diagnosticados en consultas posteriores dada la característica longitudinal de la relación médico-paciente, mientras que las formas leves de la enfermedad, que son las más dadas a tener una recuperación espontánea, no son detectadas ni tratadas. Un estudio longitudinal encontró que el 70% de los pacientes con depresión que no eran detectados inicialmente por los médicos de atención primaria se recuperaban o eran diagnosticados durante el periodo de seguimiento; sin embargo, cerca del 20% de los casos identificados permanecían sintomáticos y no detectados después de tres años. Un estudio encontró que desde la perspectiva de los pacientes, si bien la necesidad de ayuda fue apremiante y buscada ansiosamente, el contacto con el MAP fue relativamente poco significativo cuando se comparó con la magnitud de los problemas experimentados. Las expectativas que tenían los pacientes con relación a la atención primaria estaban influenciadas tanto por la experiencia personal de la depresión, como por la naturaleza y la percepción del cuidado provisto a nivel primario, y si el paciente consideraba que la naturaleza de su problema era razonable. Cuando el TDM logra detectarse, con frecuencia no recibe el tratamiento óptimo, obteniéndose resultados por debajo de lo esperado para ser visto a nivel primario. En general, estas expectativas fueron bajas.

Los factores asociados al pobre reconocimiento de los cuadros depresivos a nivel de la atención primaria pueden agruparse en cuatro. Factores relacionados con la persona con TDM. Los pacientes pueden tener dificultad para expresar su malestar psicológico y discutirlo con el MAP, especialmente cuando no se sienten seguros de que la sintomatología depresiva sea una razón legítima para consultar al médico. No obstante, algunas personas creen que el MAP no es la persona correcta para hablar de estos síntomas, o que dichas molestias no deberían discutirse. Los pacientes más jóvenes, los que consultan frecuentemente y los que presentan mayor discapacidad psiquiátrica, constituyen el grupo de personas que menos tienden a comentar sus síntomas psicológicos con el MAP. Las expectativas que el paciente tenga de la ayuda que puede recibir a nivel primario pueden determinar el grado de comunicación de las molestias sentidas y la satisfacción obtenida por la atención recibida. A menor expectativa, menor posibilidad que el paciente manifieste sus síntomas emocionales. Factores del MAP. La construcción de la “depresión” como una condición clínica es controvertida entre los MAP. Los médicos y el personal de atención primaria pueden ser reacios a abrir una “caja de pandora” en una consulta de tiempo limitado y en vez de ello se alían con la persona que sufre depresión en lo que se ha denominado “nihilismo terapéutico” (la sensación

que nada puede hacerse por estos pacientes). Situación que se da sobre todo con los pacientes mayores que sufren depresión, en los que se considera la depresión como un problema del trabajo diario más que una categoría diagnóstica objetiva. En áreas deprimidas, el MAP puede ver la depresión como una respuesta normal a las circunstancias difíciles, las enfermedades o los eventos vitales, y la depresión puede ser sub-diagnosticada. Los médicos de atención primaria también pueden tener un conocimiento deficiente sobre el trastorno y carecer de entrenamiento adecuado sobre el manejo, así como poca satisfacción con los tipos de tratamiento que pueden ser ofrecidos, especialmente la falta de disponibilidad de intervenciones psicológicas, lo que reduce su habilidad para realizar un diagnóstico y mina su confianza para tratar la enfermedad en forma exitosa. Factores organizacionales. Los factores propios del sistema de salud que dificultan la identificación y descubrimiento de los síntomas y problemas, como el tiempo disponible para cada consulta, la continuidad de la relación médico-paciente, que junto con el limitado acceso a los servicios de salud mental se suman a la resistencia de los profesionales a animar a los pacientes para que revelen su malestar, para que la detección y manejo de los trastornos depresivos en atención primaria sea pobre. Factores sociales. Las barreras descritas suelen ser particularmente difíciles para los estratos socioeconómicos más bajos y las poblaciones minoritarias, quienes tienden a tener más problemas de salud y están más discapacitados. La barrera del estigma descrita debe contrastarse con los argumentos que afirman que la depresión es una construcción social en la que el malestar o la infelicidad son medicados y la insinuación que la infelicidad crónica no es “tratable” en el sentido terapéutico o curativo normal. Los estudios muestran que las intervenciones que incluyen la implementación de guías de práctica clínica con la participación y apoyo de equipos de salud mental a nivel primario son más efectivas que el cuidado primario de rutina y que las intervenciones orientadas a educar al médico de atención primaria, sin embargo, resultan mucho más costosas ²⁸

3.3 MARCO CONTEXTUAL.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2050 la población geriátrica se habrá casi duplicado respecto al año 2015, pasando de un 12 a 22% de la población general, con un aumento aproximado a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Alrededor del 20% de este grupo etario sufre trastornos mentales y neurológicos, porcentaje que representa, en esta población, el 17,5% del total de años vividos con discapacidad. Los cambios que caracterizan al envejecimiento incrementan los problemas de salud y el deterioro de algunas capacidades físicas, que a su vez generan cambios biológicos y psicosociales que contribuyen al desarrollo de la

depresión. Así, la depresión junto a la demencia son trastornos neuropsiquiátricos deletéreos frecuentes que disminuyen la calidad de vida, generan deterioro funcional, social y familiar, además de un mayor uso de los servicios sanitarios y altos índices de mortalidad.²⁹ La depresión es un trastorno que se caracteriza por apatía y pensamiento lento, que puede acompañarse de síntomas de retraso psicomotor, y que incluyen la pérdida de interés por realizar actividades habituales. Junto con el envejecimiento, las funciones fisiológicas y psicológicas de los adultos mayores tienden a debilitarse; en particular, los órganos sensoriales y el sistema nervioso involucrados en actividades psicológicas las cuales experimentan cambios degenerativos. Se estima que un 7% de la población de ancianos en general padece de depresión unipolar, y la falta de un tratamiento acelera su deterioro funcional, cognitivo y social; prolongando negativamente la fase de recuperación de las enfermedades y cirugías, produciendo un aumento de los recursos de la atención médica (fármacos, estancia hospitalaria). La depresión ocurre con más frecuencia en las mujeres, en personas con un nivel socioeconómico medio o bajo y en individuos con discapacidad y comorbilidades. Debido a las diferentes herramientas que existen para detectar el síndrome depresivo, su prevalencia puede diferir en distintas partes del mundo; en países asiáticos como Japón se tiene una prevalencia del 33,5% , en el Reino Unido un 17,6% y en Estados Unidos la prevalencia oscila entre el 14,6 y 17,2%. El deterioro cognitivo (DC) es un síndrome geriátrico muy prevalente que afecta a aproximadamente 24 millones de personas. Es considerado uno de los motivos más frecuentes en la consulta en atención primaria, con una prevalencia estimada de entre el 12 y el 18% en personas mayores a 60 años. Además, diversos estudios han estimado una tasa global de DC leve de 7,6%, asociado con la edad, quejas subjetivas de memoria, deterioro en actividades instrumentales de la vida diaria y antecedentes de un menor rendimiento cognitivo; en España, para el periodo febrero 2014-marzo 2015, se tuvo una prevalencia ajustada del 18,5%.³⁰

4. JUSTIFICACIÓN

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en la capacidad funcional y cognitiva. La prevalencia de los síntomas depresivos en adultos mayores es alta, Sin embargo no se realiza una búsqueda intencionada de manera rutinaria para detectar la depresión y en su caso realizar intervenciones que mejoren la calidad de vida del paciente. Se ha descrito la asociación de los síntomas depresivos con el deterioro cognitivo de los pacientes sobre todo en la esfera de memoria.

En nuestro instituto existen pocos estudios que describan y midan la asociación de depresión y deterioro cognitivo.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los efectos de las comorbilidades en la calidad de vida del adulto mayor están descritos en la literatura, en la cual se establece que a mayor comorbilidad aumenta la dependencia funcional.

La depresión es un padecimiento que puede acompañar al deterioro cognitivo o ser una manifestación del mismo, puede ocasionar aislamiento, deterioro funcional, sin embargo es necesario medir el deterioro cognitivo en los adultos mayores con depresión, ya que este padecimiento ocasiona aislamiento, y de esta manera establecer una correlación entre ambas entidades nosológicas que ayude a integrar un diagnóstico y un tratamiento integral en el paciente. Sin embargo sabemos que la depresión es un padecimiento frecuente en los ancianos y se asocia a la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores.

Es indispensable por este motivo determinar el grado en que la depresión deteriora no solo la percepción de la calidad de vida; también la función cognitiva.

Bajo este enfoque, el grupo de investigadores se realiza la siguiente pregunta de investigación.

6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación de depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor del HP/UMF10?

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL.

Medir la asociación de depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor del HP/UMF 10

7.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS.

- Identificar a la población de adultos mayores de 65 años usuarios del HP/UMF 10.
- Describir la prevalencia de depresión en adultos mayores del HP/UMF 10.
- Describir el grado de depresión de los adultos mayores
- Evaluar la capacidad cognitiva del adulto mayor.

8. HIPÓTESIS.

Si el 30% de los pacientes presentan depresión entonces el 30 % está acompañado de deterioro cognitivo.

9. MATERIAL Y MÉTODOS.

9.1 RECURSOS

9.2 HUMANOS

Médico pasante de servicio social
Estudiantes del 3er año de la Carrera de Medicina
Asesor Clínico
Asesor metodológico

9.3 MATERIALES

Computadoras
Copias
Lápices
Plumas
Hojas
Instrumento de Recolección de Datos
Consentimientos informados

9.4 ECONÓMICOS

El presente trabajo no tuvo financiamiento Institucional ni extra-institucional, la unidad cuenta con las instalaciones donde se entrevistó al paciente y se hizo la revisión del expediente clínico electrónico.

9.5 FACTIBILIDAD

Se realizó dentro de las instalaciones del HP/UMF10, se recabó la información de los expedientes electrónicos.

9.6 PERÍODO Y SITIO DE ESTUDIO.

Se llevó a cabo en el HP/UMF10 del IMSS. Durante los meses de Noviembre del 2018 a Febrero del 2019

9.7 UNIVERSO DE TRABAJO.

Adultos mayores de 65 años, ambulatorios de ambos sexos, derechohabientes del IMSS, que acudieron al primer nivel de atención en el HP/UMF10 de la CDMX.

9.8 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Adultos mayores de 65 años de ambos sexos, derechohabientes Usuarios del primer nivel de atención en el HP/UMF10 de la CDMX.

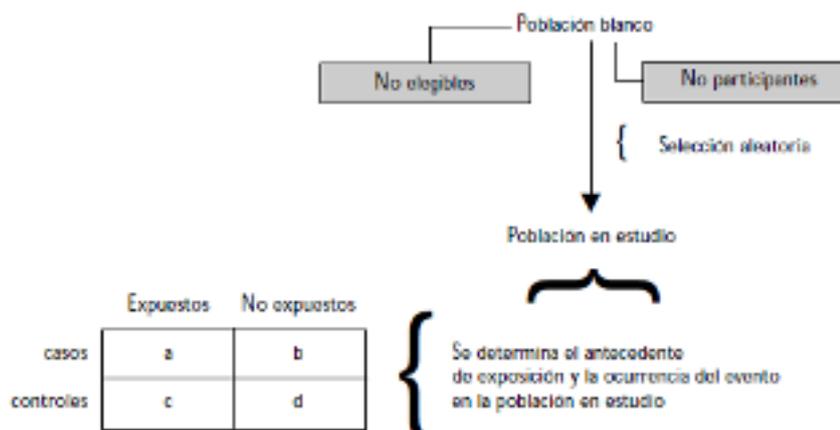
10. DISEÑO DE ESTUDIO.

Tipo de Intervención: Observacional

Tipo de Análisis: Descriptivo y analítico (pacientes con depresión y sin depresión)

Por temporalidad: Prospectivo.

10.1 ESQUEMA DEL DISEÑO DE ESTUDIO.



11. CRITERIOS

11.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Adultos mayores de 65 años.

Ambos sexos.

Que aceptaron participar en el estudio por un proceso de consentimiento informado.

Pacientes del turno matutino y vespertino.

11.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes con síndrome confusional agudo.

Pacientes con Antecedentes de EVC

Pacientes de Urgencias

11.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Pacientes con encuestas incompletas.

Pacientes que decidieran retirarse del estudio en cualquier momento.

12. MUESTREO.

Muestreo aleatorio sistemático

13. CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.

Se realizó mediante fórmula para estudios descriptivos con población infinita.

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

En donde:

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

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

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

Zα = Distancia de la media del valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y se utiliza un valor α de 0.05, al que le corresponde un valor Z de 1.96

Sustituyendo:

$$N = \frac{(1.96)^2 (.30)(.70)}{.05^2} = \frac{3.8416 \times 0.21}{.0025} = \frac{.80}{.0025} = 320$$

El total de pacientes para el presente estudio fue de 320 pacientes.

14. VARIABLES

14.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: Deterioro cognitivo.

14.2 VARIABLES DEPENDIENTES: Depresión

14.3 COVARIABLES: Sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, peso, talla, IMC, estado nutricional, comorbilidades y polifarmacia.

14.1 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.

Nombre variable	Definición conceptual.	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador.
Edad Pregunta 8 del Instrumento	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	De acuerdo a lo referido por el paciente en la encuesta estructurada	Cuantitativa continua	___ años cumplidos
Sexo. Pregunta 9 del Instrumento	Condición de genero de acuerdo a características genéticas	De acuerdo a lo referido por el paciente en la encuesta estructurada	Cualitativa nominal	1= Hombre 2= Mujer
Escolaridad Pregunta 10 del Instrumento	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente	De acuerdo a lo referido por el paciente en la encuesta estructurada	Cualitativa nominal	1= sin escolaridad 2= primaria 3= secundaria 4= bachillerato 5= tècnico 6= licenciatura 7= posgrado
Estado Civil Pregunta 11 del Instrumento	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	De acuerdo a lo referido por el paciente en la encuesta estructurada	Cualitativa nominal	1= casado 2= divorciado o separado 3= viudo(a) 4= soltero (a) 5= unión libre
Ocupación Pregunta 12 del Instrumento	Valoración del esfuerzo realizado por un ser humano. Ocupación del humano fuera de su hogar por la cuál recibe una asignación económica.	De acuerdo a lo referido por el paciente en la encuesta estructurada	Cualitativa Nominal	1= empleado 2= desempleado 3= hogar 3= jubilado 4= comerciante
Peso Pregunta 13 del Instrumento	El peso hace referencia a una cuestión de masa corporal relacionado con el desarrollo y el estado de salud.	De acuerdo a lo referido por el paciente en la encuesta estructurada	Cuantitativa continua	_____ KG
Talla Pregunta 14 del Instrumento	Designa la altura de un individuo, generalmente se expresa en centímetros y viene definida por factores genéticos y ambientales.	De acuerdo a lo referido por el paciente en la encuesta estructurada	Cuantitativa continua	_____ cm
IMC Pregunta 15 del Instrumento	Es un valor o parámetro que establece la condición física saludable de una persona en relación a su peso y estatura.	Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m2).	Cuantitativa continua	_____ (kg/m2)

Estado Nutricional Pregunta 16 del Instrumento	Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.	De acuerdo al calculo de IMC se clasifica en:	Cualitativa nominal	1= Bajo peso < 18.5 2= Normal 18.5 – 24.9 3= Sobrepeso 25 – 29.9 4= Obesidad G 1, 30 – 34.9 5=Obesidad G 2, 35-39.9 6= Obesidad G 3, ≥40
Comorbilidades Pregunta 24 del Instrumento	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Enfermedades asociadas por ejemplo: DM tipo 2, HAS, dislipidemia, EPOC, Artrosis, EVC, de acuerdo a lo referido por el paciente en la encuesta estructurada	Cualitativa nominal	1.- HAS 2.- DMT2. 3.- Artritis o artrosis 4.- EVC 6.-Depresion 7.- IRC 8.- Insuficiencia hepática 9.- otro
Deterioro cognoscitivo Pregunta 17 al 20 del Instrumento	Síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos.	Aplicación de MMSE (Mini-Mental State Examination) Modificado Folstein	Cualitativa nominal	24-30: normal 19-23: deterioro cognoscitivo leve 14-18: deterioro cognoscitivo moderado Menor a 14: deterioro cognoscitivo grave
Depresión Pregunta 21 a 23 y 25 a 26 del Instrumento	Es una alteración del estado de ánimo caracterizado por la presencia de tristeza, perdida de interés, sentimientos de culpa, aplanamiento afectivo.	De acuerdo a la escala de Yesavage, versión abreviada, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas)	Cualitativa nominal	0-5= normal 6-9= depresión leve >10= depresión establecida

15. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Se realizó el estudio a la población usuaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social sin distinción de sexo, con una edad de 65 años del turno matutino. Se obtuvo el censo de pacientes adultos mayores de 65 años de ambos turnos en el servicio de estadística de la Unidad (ARIMAC), posteriormente se seleccionaron a los pacientes para incluir en el estudio. La valoración tuvo un tiempo estimado de aplicación de 20 minutos, que incluyeron la aplicación de encuesta estructurada para datos socio-demográficos y antecedentes clínicos y la aplicación test diagnóstico de depresión. Para realizar el análisis de resultados se agrupó a la población en pacientes con depresión y sin depresión y de cada uno de estos grupos se dividió a la población con uso deterioro cognitivo y sin él, para realizar las tablas de contingencia y análisis, modelación. Todos los pacientes que se detectaron con alteración en deterioro cognitivo y depresión fueron enviados mediante formato e referencia 4/308 con su Médico familiar para realizar las acciones terapéuticas necesarias. Se recolectaron 10 encuestas por día, durante el periodo de trabajo de campo hasta que se completó la muestra. Al término de cada día los datos se vaciaron en la base de datos correspondiente.

16. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó base de datos en programa estadístico STATA versión 11, en donde se obtuvieron por estadística descriptiva las medidas de tendencia central de las variables.

En el análisis univariado de la variable dependiente, independiente y covariables.

De acuerdo a su distribución se describió la distribución normal.

Se calculó, la prevalencia de análisis bivariado

Se realizó razón de prevalencia de tipos de depresión con variable independiente, deterioro cognitivo y covariables y se calculó X² en tabla de contingencia.

17. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

17.1 SESGO DE SELECCIÓN.

- Se realizó muestreo aleatorio sistemático a cada paciente que cumplió con el criterio de selección que fue ingresado.
- Criterio de Exclusión
Se determinó que no se incluyeron los pacientes con síndrome confusional agudo.

17.2 SESGO DE INFORMACIÓN

- Para controlar este sesgo las encuestas se realizaron únicamente al paciente.
- Se seleccionaran cuestionarios ya validados, Minimental y Yesagave.

17.3 SESGO DE CONFUSIÓN

- Para controlar ese sesgo las dos variables de interés, tanto la dependiente como la independiente se categorizaron como leve, moderada y severa, para hacer su análisis posterior.

18. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

El estudio se llevó a cabo en la población de una unidad de medicina familiar, lo cual no es representativo de la población mexicana en general.

19. CONFLICTOS DE INTERÉS.

El grupo de investigadores no recibió financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

20. BENEFICIOS ESPERADOS. USO DE RESULTADOS

Con el presente estudio, se generó la evidencia sobre las necesidades de salud reales de nuestra población geriátrica y dicha información sirvió a los directivos de la Unidad y del instituto a generar y dirigir la políticas y los programas de salud de manera efectiva y congruente en la oferta para atender las a la población con un enfoque de riesgo y preventivo.

21. CONSIDERACIONES ETICAS.

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

Se comentó con el jefe de psiquiatría que se enviarán los pacientes detectados con depresión para su valoración y tratamiento

Los resultados fueron enviados por escrito a la dirección del HP/UMF10 para conocimiento y creación de estrategias para mejoras en atención de salud.

En caso pertinente, aspectos de bioseguridad.

ANEXOS

Ver anexo I.

CRONOGRAMA

Ver anexo II.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

ESCALA DE YESAVAGE

MMSE

Ver anexo III.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

22. RESULTADOS:

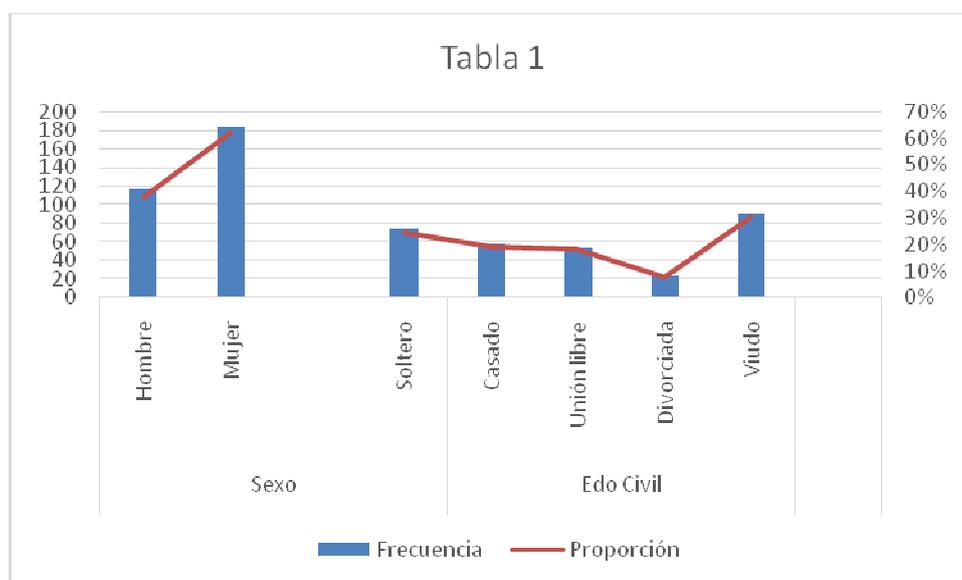
Se realizó estudio en una población de 320 pacientes. De los cuales se eliminaron a 30 pacientes por tener antecedentes de isquemia cerebral o evento cerebral transitorio.

22.1 Los datos demográficos de la población quedaron de la siguiente manera. La edad promedio fue de 72 años. El 62% fueron de sexo femenino el 30% se reporto viudo, el 19% casado, y el 18% unión libre. Tabla 1.

Tabla 1.

N=300		Media	Desviación Estándar	Rango
Edad		72.0	8.15	65-88

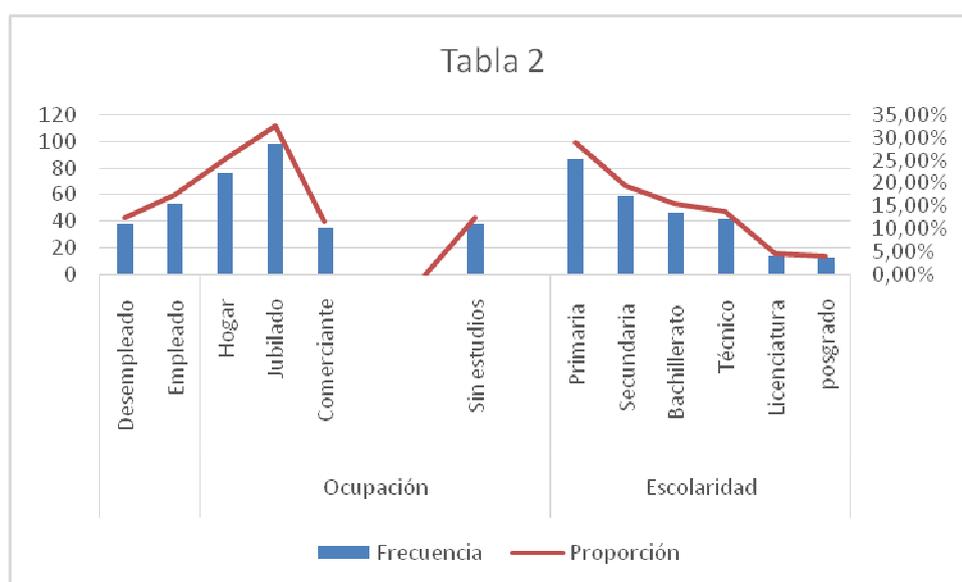
N=300		Frecuencia	Proporción
Sexo	Hombre	117	38%
	Mujer	183	62.00%
Edo Civil	Soltero	74	24.66%
	Casado	58	19.33%
	Unión libre	54	18%
	Divorciado	23	7.6%
	Viudo	91	30.33%



22.2 En ocupación solo el 17% fue empleado, el 32% jubilado y el 11% comerciante. La escolaridad fue de secundaria en un 19%, primaria en el 29%, solo el 4% tiene licenciatura. Tabla 2.

Tabla 2.

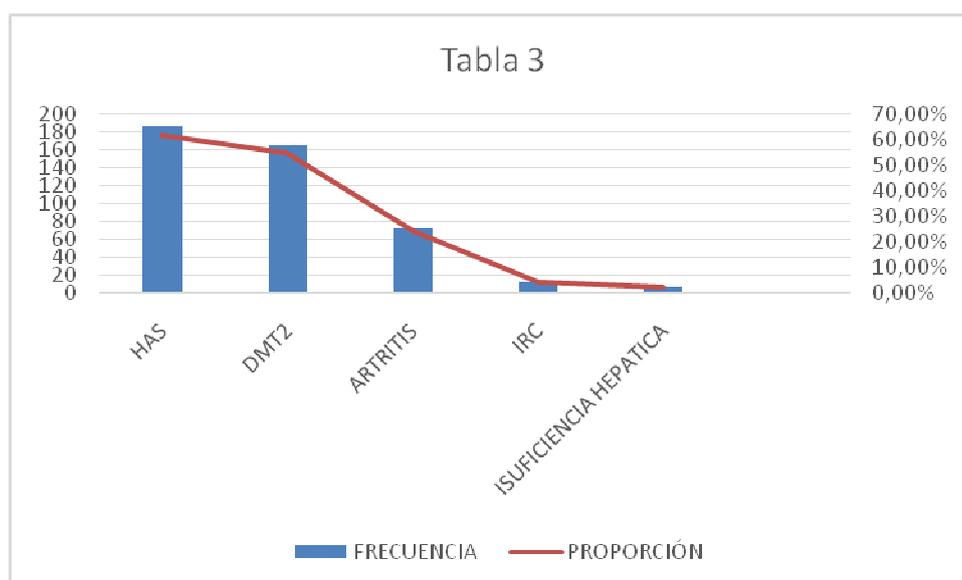
N=300		Frecuencia	Proporción
Ocupación	Desempleado	38	12.6%
	Empleado	53	17.6%
	Hogar	76	25.3%
	Jubilado	98	32.6%
	Comerciante	35	11.6%
		Frecuencia	Proporción
Escolaridad	Sin estudios	38	12.6%
	Primaria	87	29%
	Secundaria	59	19.6%
	Bachillerato	47	15.6%
	Técnico	42	14%
	Licenciatura	14	4.6%
	posgrado	13	4.3%



22.3 En comorbilidades de la población encontramos que el 61% tiene HAS, mientras que el 54% presenta DMT2, solo el 24% presenta artritis reumatoide, el 4% IRC. Tabla3.

Tabla 3.- Comorbilidades:

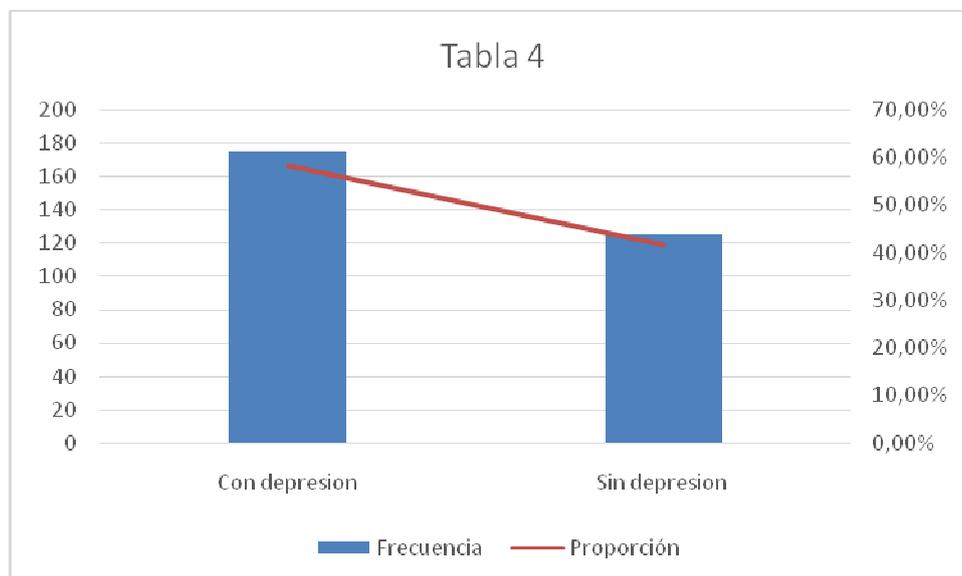
<i>Comorbilidades – N 300</i>	FRECUENCIA	PROPORCIÓN
HAS	185	61.6%
DMT2	164	54.66%
ARTRITIS	72	24%
IRC	12	4%
ISUFICIENCIA HEPATICA	6	2%



22.4 La frecuencia de depresión fue del 58% en nuestra población de estudio. Tabla 4.

TABLA 4. PACIENTES CON DEPRESIÓN:

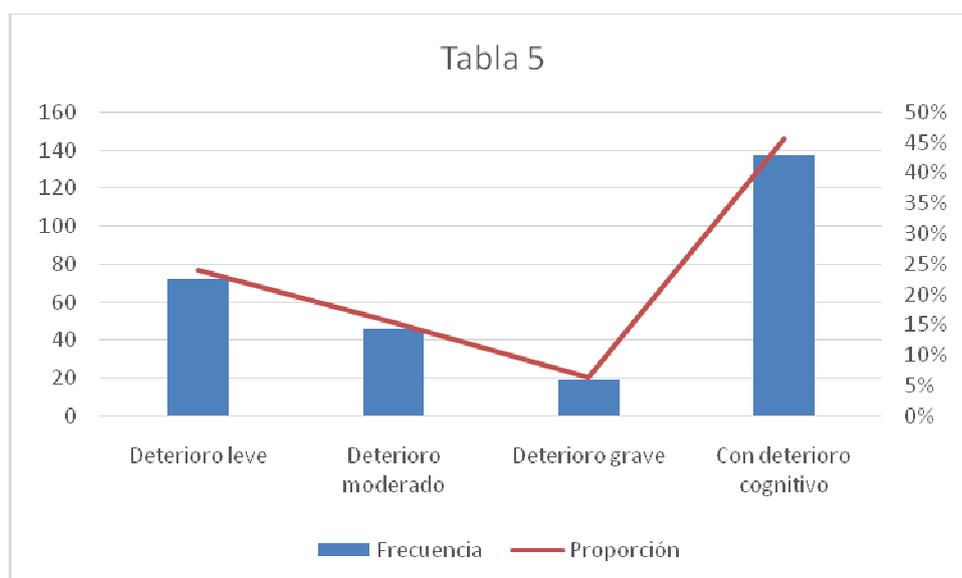
	Frecuencia	Proporción
Con depresión	175	58.3%
Sin depresión	125	41.7%



22.5 En el test de minimental se encontró que 137 pacientes presentaban algún grado de deterioro cognitivo. De estos el 24% de presentaba deterioro leve, el 15% deterioro moderado y solo el 6% deterioro grave. Tabla 5

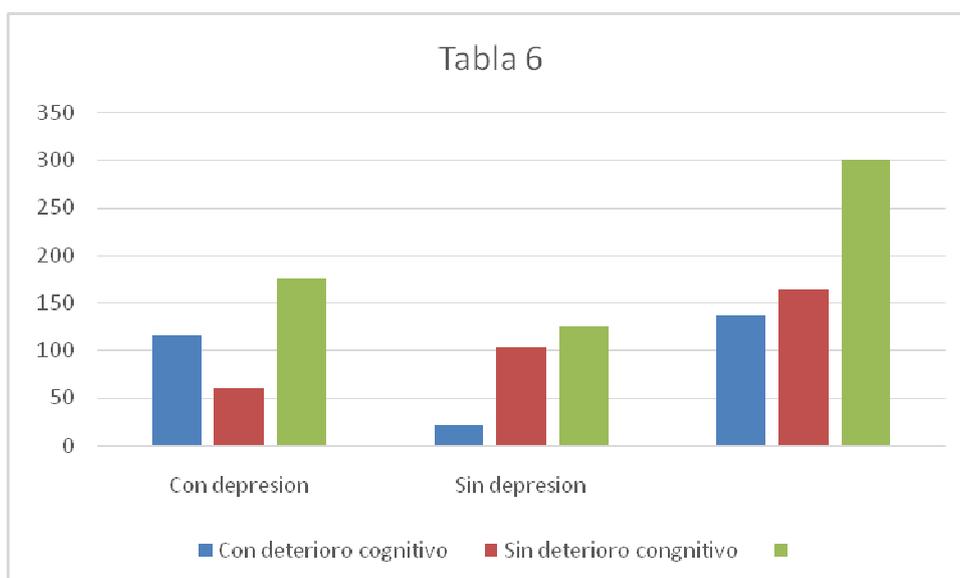
TABLA 5. RESULTADO DE MINIMENTAL:

	Frecuencia	Proporción
<i>Deterioro leve</i>	72	24%
<i>Deterioro moderado</i>	46	15.33%
<i>Deterioro grave</i>	19	6.33%
<i>Con deterioro cognitivo</i>	137	45.66%



22.6 TABLA 6. ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO.

	Con deterioro cognitivo	Sin deterioro cognitivo	
Con depresión	115	60	175
Sin depresión	22	103	125
	137	163	300



Existe una probabilidad del 65.7% de que los pacientes que tienen depresión presenten deterioro cognitivo. Con un odds ratio de 8.9, Contra solo un 22 % de probabilidad de tener deterioro cognitivo si no se tiene depresión. El Riesgo Relativo de presentar deterioro cognitivo cuando se tiene depresión es de 2.9.

23. DISCUSION:

De acuerdo a la encuesta nacional de salud encontramos que la proporción de adultos con HAS y DMT2 es mayor a la reportada por ENSALUD 2016.¹⁹ Esto se debe a que la encuesta fue realizada en una clinica de atención medica y los adultos que acuden a ella, en su mayoría acuden por presentar enfermedades crónico degenerativas y esto puede ocasionar que la prevalencia de HAS y DM2, sea mayor puesto que la gente acude a control de sus padecimientos. La frecuencia de depresión en adultos mayores que encontramos en nuestra unidad fue del 58%. Es mas alta que en lo reportado en la literatura.^{13,14,15} Nuevamente, aqui en nuestra unidad seleccionada para el estudio cuenta con atención psiquiátrica y esto puede ocasionar que la prevalencia de pacientes sea mayor, puesto que es un hospital de referencia para atención psiquiátrica. Finalmente la prevalencia de deterioro cognitivo fue del 45.6%. pero solo el 6% presentó deterioro grave. Esto es congruente con la bibliografía actual.^{3,4,6}

24. CONCLUSIONES.

Existe una asociación entre depresión y deterioro cognitivo, presentándose el deterioro cognitivo en 8 pacientes con depresión por cada 1 paciente sin depresión sin deterioro cognitivo. Con una probabilidad de casi 3 veces a 1 de presentar deterioro cognitivo cuando se presenta la depresión en adultos mayores.

Se deben de establecer programas de atención para incluir la detección oportuna de depresión en adultos mayores como parte de la atención integral y la evaluación gerontológica de nuestros pacientes.

25. BIBLIOGRAFIA

1. Datos interesantes acerca del envejecimiento. OMS <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/> 30 Mar 2017
2. La salud mental y los adultos mayores OMS <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
3. Diego Calderón M.^{1,a; 2, b,c}. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered vol.29 no.3 Lima jul. 2018
4. Perla Vanessa De los Santos y Sandra Emma Carmona Valdés. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo Población y Salud en Mesoamérica. Volumen 15, número 2, Artículo 5, enero-junio 2018.
5. Alberto Botto, Julia Acuña, Juan Pablo Jiménez. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev. méd. Chile vol.142 no.10 Santiago oct. 2014
6. Ma. Martín Gomez. Lopez Anguita. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med. Hered vol.29 no.3 Lima jul. 2018
7. Unsar S, Dindar, Kurt S. Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society. J Pak Med Assoc. 2015; 65(6):642-6.
8. Juan Román Urbina Torija; José Miguel Flores Mayor; María Pilar García Salazar Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit vol.21 no.1 Barcelona ene./feb. 2017
9. A.I. Saldaña-Díaz J. Herrera Tejedor. Deterioro cognitivo en el paciente muy anciano: estudio retrospectivo en una consulta de neurología. Rev neurol. 2018;67:325-330
10. Perla Vanessa De los Santos y Sandra Emma Carmona Valdés Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición DSM-5® septiembre 2016. American Psychiatric Association Publishing.
11. Población y Salud en Mesoamérica. Volumen 15, número 2, Artículo 5, enero-junio 2018
12. Hamer Bastidas-Bilbao Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica..Revista de Psicología vol.32 no.2 Lima 2014
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y hombres en México Última actualización. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía Instituto Nacional de las Mujeres.
14. Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México de Última actualización. México
15. Consejo Nacional de Población. Indicadores demográficos básicos 1990-2030. última modificación: Friday, August 7, 2015 por DGTIC DGTIC . Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>

16. Población. Esperanza de vida – Cuentame INEGI
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
17. Roxana Gisela Cervantes Becerra ^b, Enrique Villarreal Ríos, Liliana Galicia Rodríguez, Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral Aten Primaria. 2015;47(6):329---335
18. Holguín. Pedro Enrique Miguel Soca, Yamilé Sarmiento Teruel, Antonio Luis Mariño Soler. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores Revista de enfermedades no transmisibles. Vol. 7, núm. 3 (2017).
19. Encuesta de salud 2015 México. Tomo I pag 234-2
20. Fernando M. Runzer-Colmenares^{1,2,3}, Guida Castro¹, Andrea Merino¹, Cristina Torres-Mallma³, Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores Horiz. Med. vol.17 no.3 Lima jul. 2017
21. Depresión. OMS. <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/what-yo>
22. Diccionario de la lengua española. Edición del tricentenario. Actualización 2018. <https://dle.rae.es/>
23. Margarita Cancino, Lucio Rehbein Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. TerPsicol vol.34 no.3 Santiago dic. 2016
24. Definición adulto mayor 2019 <https://conceptodefinicion.de/adulto-mayor/>
25. Carlos D'Hyver de las Deses^a. Valoración geriátrica integral. Rev. Fac. Med. (Méx.) vol.60 no.3 Ciudad de México may./jun. 2017
26. Historia de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage in Older Adults in Primary Care. The New. England Journal of Medicine. 2014. 23.
27. Tania Tello-Rodríguez Renato D Alarcón Darwin Vizcarra-Escobar. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. Rev Peru Med Exp Salud Publica 33 (2) Apr-Jun 2016
28. José Manuel Calvo-Gómez¹ • Luis Eduardo Jaramillo-González¹. Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. Rev. Fac. Med. 2015 Vol. 63 No. 3: 471-82
29. Alejandra María Alvarado García¹ y Ángela María Salazar Maya². Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos vol.25 no.2 Barcelona jun. 2014
30. T.Vega Alonso^aM.Miralles Espí^bJ.M.Mangas Reina^cD.Castrillejo Pérez^dA.I.Rivas Pérez^eM.Gil Costa^a Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. Volume 33, Issue 8, October 2018, Pages 491-498.

26. ANEXOS.

“ASOCIACIÓN DE DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR DEL HP/UMF 10.”

26.1 ANEXO 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

PERIODO TRIMESTRE	PRIMER AÑO				SEGUNDO AÑO				TERCER AÑO			
ETAPA/ ACTIVIDAD	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12
Planteamiento del problema y marco teórico.	R											
Hipótesis y variable	R											
Objetivos	R											
Material y métodos		R										
Calculo de la muestra			R									
Hoja de registro			R									
Registro y autorización del proyecto					R							
Prueba Piloto						R						
Recolección de datos								R	R			
Análisis de datos									R			
Descripción de los resultados										R		
Discusión de los resultados										R		
Elaboración de conclusiones										R		
Presentación de tesis											R	

Realizado
Programado





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

26.2 ANEXO II

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“ASOCIACIÓN DE DEPRESION Y DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR DEL HP/UMF10.”

INSTRUMENTO.		
Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:		
1. Pacientes usuarios afiliados al Hospital de psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar No. 10 2. Edad mayor a 65 años 3. Hombres y Mujeres 4. Pacientes que acepten y firmen la carta de consentimiento informado 5. Turno Matutino 6. Estar en condiciones de participar activamente		
1	FOLIO _____	_ _ _
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____	_ _ _ _
3	DATOS PERSONALES	
3	Nombre: _____ Apellido Paterno Apellido Materno	
4	NSS: _____	5
		Teléfono _____
		_ _ _ _
6	Turno: 1. Matutino () 2. Vespertino ()	
		_
7	Número de Consultorio: ()	
		_
8	Edad: _____ años cumplidos	9
		Sexo: 1.- Hombre () 2.- Mujer ()
		_ _ _ años / _
10	Escolaridad	
	1.-Sin escolaridad () 2.-Primaria () 3.-Secundaria () 4.- Bachillerato () 4.- Técnico. () Licenciatura () 6.- Posgrado ()	
		_
11	Estado Civil	
	1.-casado () 2.- divorciado o separado () 3. Viudo (a) () 4.- soltero (a) () 5.- unión libre ()	
		_
12	Ocupación	
	1=empleado () 2=desempleado () 3= hogar () 3=jubilado () 4= comerciante ()	
		_
13	Peso actual: _____ kgs	_ kg
14	Talla actual _____ cm	_ lmt
15	IMC actual peso/talla ² Actual _____ m ²	_
16	Estado Nutricional	
	1.Bajo peso < 18.5 () 2. normal 18.5 – 24.9 () 3. sobrepeso 25 – 29.9 () 4. Obesidad grado I. 30 – 34.9 () 5. Obesidad grado II. 35-39.9 () 6. Obesidad grado III. >40 ()	
		_
	DETERIORO COGNITIVO/MINIMENTAL.	
		_
17	Puntuación del test MINIMENTAL	
		—
18	Deterioro leve 19-23	
		—

19	Deterioro moderado 14-18	—
20	Deterioro grave < 14	—
21	¿Cuenta con diagnóstico de depresión? 1= SI () 2= NO ()	<input type="checkbox"/>
22	¿Toma antidepresivos? 1= SI () 2= NO ()	<input type="checkbox"/>
23	Especifique cuales toma. 1- _____ 2- _____ 3- _____	<input type="checkbox"/>
24	Marque las comorbilidades del paciente: 1.- HAS () 2.- DMT2. () 3.- Artritis o artrosis () 4.- EVC () 6.-Depresion () 7.- IRC () 8.- Insuf. Hepática () 9.- otro ()	<input type="checkbox"/>
DEPRESIÓN/ESCALA DE DEPRESION YESAGAVE.		
25	Puntaje en el test _____	<input type="checkbox"/>
26	De acuerdo al puntaje el paciente cuenta con 1.- Normal 2= depresión leve 3= depresión establecida	<input type="checkbox"/>

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXOS DEL CUESTIONARIO.

26.3 MINIMENTAL

No sabe leer ni escribir _____	Años de escolarización: _____	Puntos
Orientación en el tiempo y espacio		
"¿Qué día de la semana es hoy, cuál es el año, mes, día, estación?" (máximo 5 puntos)		0 - 5
"Dígame el nombre del hospital, el piso, la ciudad, el estado y el país en el que estamos" (máximo 5 puntos)		0 - 5
Fijación		
"Repita estas palabras: Caballo, peso, manzana" (anote un punto cada vez que la palabra sea correcta, (máximo 3 puntos.)		0 - 3
Concentración y cálculo		
"Si tiene 30 pesos y me los da de tres en tres, ¿cuántos le quedarán?" (anote un punto cada vez que la diferencia sea correcta aunque la anterior fuera incorrecta, máximo 5 puntos.)		0 - 5
Memoria		
"¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? Dígalas"		0 - 3
Lenguaje y construcción		
"¿Qué es esto? (mostrar un reloj) ¿y esto? (mostrar un bolígrafo)"		0 - 2
"Repita la siguiente frase: Ni sí, ni no, ni pero"		0 - 1
"Tome el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo" (Anote un punto por cada orden bien ejecutada, máximo 3 puntos.)		0 - 3
"Lea esto y haga lo que dice" "cierre los ojos"		0 - 1
"Escriba una frase como si estuviera contando algo en una carta"		0 - 1
"Copie este dibujo" (0-1 puntos)		0 - 1
 <p>(Cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección forma un diamante)</p> <p>Nota: Tanto la frase como los pentágonos conviene tenerlos en tamaño suficiente para poder ser leídos con facilidad. El paciente deberá utilizar anteojos si los necesita habitualmente.</p>		
		Total _____

Punto de corte: 24

Grado de deterioro cognitivo: 19-23 = leve, 14 - 18 = moderado, >14 = grave

Adaptado de Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res* 1975;12:129-138

26.4 ESCALA DE DEPRESION YESAGAVE.

	Si	No
1 ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2 ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3 ¿Siente que su vida esta vacía?	1	0
4 ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	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/a?	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/a de energía?	0	1
14 ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15 ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

Puntuacion total _____

Interpretación: 0 a 5 normal, 6 a 9 depresión leve, > 10 depresión establecida.

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. En: Bink TL, editor. *Clinical Gerontology: a guide to assessment and intervention*. New York: Haworth, 1996



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

**26.5 CARTA DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“ASOCIACIÓN DE DEPRESION Y DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR DEL HP/UMF 10.”
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	México D.F. 2019
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El siguiente estudio se plantea describir la “Asociación de depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor de la UMF 10.”
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Todo caso detectado de padecimientos que requieran manejo médico será canalizado de forma oportuna con su médico familiar para iniciar el tratamiento que requiere.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se guardará estricta confidencialidad de los resultados y estos serán utilizados únicamente para los fines de la investigación	Los resultados de los estudios le serán entregados al final de la evaluación el mismo día de la entrevista.
Participación o retiro:	Usted tiene la libertad de participar o retirarse del estudio en cualquier momento que lo decida.
Privacidad y confidencialidad:	Se guardará estricta confidencialidad de los resultados y estos serán utilizados únicamente para los fines de la investigación . Según los lineamientos éticos establecidos.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Los resultados servirán para dirigir de manera oportuna las políticas de salud institucional.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	ELVIRA ARRIAGA MORALES. Matricula 99384305 Medico General UMF 21 Teléfono:5585597471 Email: draarriaga@hotmail.com
Colaboradores:	FABIAN AVALOS PÉREZ Especialista en Medicina Familiar. Maestro en Ciencias de la Salud, Área de concentración Sistemas de Salud. Matricula 11579552Adscrito a HP/UMF 10 Teléfono:5533312962 Email. Fab_doc@hotmail.com ERIC OMAR GALLARDO ALONSO. Especialista en Medicina Familiar. Maestro en Educación. Matricula 99377269Adscrito a HP/UMF10. Teléfono:5520884277Email.eric.gallardo@imss.gob.mx
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 Congressos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Elvira Arriaga Morales

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma