



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL RESIDENCIA
EN MEDICINA FAMILIAR UNIDAD MEDICA DE ADSCRIPCION
UMF 61
CORDOBA, VER.**

**Actividades de la vida diaria y Depresión
En adultos mayores.**

Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 61.

Autores

*Juan Angel Cigarroa Salinas
** María Aurea Mendoza Olvera

Lugar

Unidad de Medicina Familiar Núm. 61

Córdoba ver

** Residente de Medicina Familiar Unidad de adscripción UMF 61 Córdoba Ver IMSS correo juanmota10@hotmail.com

**Responsable del proyecto .Medico No familiar profesor auxiliar de la Residencia de Medicina Familiar Av. 11 entre calles 1 y 2 SN Córdoba, Ver. aurea.mendoza@gmail.com, maria.mendozao@imss.gob.mx

INDICE

I.	TITULO	pág. 1
II.	AUTORES	pág. 1
III.	SERVICIOS	pág. 1
IV.	ANTECEDENTES	pág. 3
V.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	pág. 11
VI.	HIPOTESIS	pág. 14
VII.	OBJETIVOS	pág. 14
VIII.	MATERIAL Y METODOS	pág. 14
	1) DISEÑO DE ESTUDIO	pág. 14
	2) UNIVERSO DE TRABAJO	pág. 14
	3) OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	pág. 15
	4) SELECCIÓN DE MUESTRA	pág. 18
	A. TAMAÑO DE MUESTRA	pág. 18
	B. CRITERIOS DE SELECCIÓN	pág. 19
	I. CRITERIOS DE INCLUSION	pág. 19
	II. CRITERIOS DE NO INCLUSION	pág. 19
	III. CRITERIOS DE ELIMINACION	pág. 19
	5) PROCEDIMIENTOS	pág. 19
	6) ANALISIS DE DATOS	pág. 20
IX.	CONSIDERACIONES ETICAS	pág. 21
X.	RECURSOS PARA EL ESTUDIO	pág. 22
XI.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	pág. 23
XII.	ANEXOS	pág. 24
XIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	pág. 28

IV. ANTECEDENTES

En épocas pasadas médicos de la talla de Hipócrates, Galeno, Harvey, Charcot y Osler hacían mención en sus estudios acerca de la vejez y las enfermedades que esta conlleva, pero no fue hasta el año de 1907 cuando el profesor Ilya Metchnikoff hizo surgir este término como una disciplina dirigida al estudio de los problemas del envejecimiento, pero no es hasta el año 1909 cuando Ian L. Nascher no sólo acuñó la palabra “geriatria”, sino que la propone como una especialidad de la medicina, la cual se enfoca en el cuidado y tratamiento de los ancianos, la cual hoy conocemos con el nombre de “Gerontología”.

El Dr. Manuel Payno en el año de 1957 provee datos relevantes acerca del envejecimiento en México, sin embargo no fue hasta la década de los setenta cuando este concepto toma la importancia necesaria al producirse la transición poblacional, producto de la esperanza de vida, el decremento de la tasa de mortalidad infantil y natalidad.

En la época de la colonia, las cifras no eran fáciles de conocer con exactitud, esto debido a la diferencia entre los reportes emitidos por las diferentes fuentes, la población senil no figuraba ente las estadísticas. La población de la tercera edad no tenía la atención médica especial que era debida a menos que pertenecieran al grupo de viejos, locos, viudos, inválidos, enfermos o menesterosos (1).

La OMS define Adulto Mayor (AM), a la persona mayor de 65 años y a partir de 1982 introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de

mantenimiento de la capacidad funcional. (2)

En México se considera adulto mayor a toda persona con más de 60 años de edad. En algunos otros países, sobre todo del primer mundo, se define a partir de los 65 años de edad. (3)

En los resultados estadísticos del estudio del grupo poblacional del adulto mayor específicamente el INEGI en el 2010, reporta un total de 112 336 538 habitantes en toda la república mexicana, de ellos 7 643 194 habitantes pertenecen al estado de Veracruz aproximadamente el 6.80% de mexicanos pertenecen al estado de Veracruz, de los cuales 196 541, 2.20% de habitantes pertenecen al municipio de Córdoba Veracruz, 20,163 (10.25%) habitantes corresponden al grupo etario de más de 60 años de edad, 8,297 hombres y 11,866 mujeres. En América Latina y el Caribe se espera que para los próximos decenios la población mayor de 60 años se incremente sostenidamente, ya que se proyecta entre el 2000 y 2025 un aumento de 57 millones de Personas Mayores (PM), y entre el 2025 y 2050, ese incremento se estima en 86 millones. Junto al aumento de este grupo etario, el envejecimiento poblacional trae consigo un aumento de la longevidad, con mayor esperanza de vida y nuevas necesidades que abordar por los distintos sectores vinculados a las PM. En México se calcula que el grupo que ahora representa 13 % de la población ascenderá a 16% en el 2025 <http://www.inegi.org.mx>. (4)

El envejecimiento de las personas, así como también la afectación de las enfermedades crónicas degenerativas, el aislamiento social y otras enfermedades en fases terminales son factores que se obligan a la necesidad de plantear una

práctica clínica para que los médicos familiares usen técnicas propias a la geriatría. Una de estas es la geriatría integral. (5)

Durante los años 80 Rubenstein, Stuck y col demostraron las ventajas que la VGI (Valoración Geriátrica Integral) y la intervención de esta en la reducción de la mortalidad, precisión diagnóstica con altos índices de asertividad, el uso efectivo de los recursos y la disminución de los ingresos y egresos hospitalarios por pacientes de la tercera edad. (6)

La VGI sirve para identificar los factores de riesgo más comunes, así como también la posibilidad de modificarlos, esta incluye cuatro apartados que consisten en clínico, físico, mental y social (7); esta se realiza mediante instrumentos que han sido validados por su fiabilidad haciendo posible reconocer cambios moderados y breves a través de la medición objetiva, fiable y reproducible de las capacidades del paciente, esto lleva al incremento de la sensibilidad diagnóstica, además de ofrecer un lenguaje común entre profesionales y las comparaciones que se han ido dando a lo largo del tiempo, este proceso es multidimensional e interdisciplinar ya que cuantifica la capacidad y problemas médicos tanto físicos como mentales, funcionales y sociales del paciente con la intención de elaborar un plan de mejora para el tratamiento y seguimiento a largo plazo. LA VGI permite la elección de dicho tratamiento para esta. (8, 9,10)

El uso de instrumentos validados le da una estructura de evaluación y ayuda a generar consistencia, ofreciendo un mecanismo para una evaluación periódica. Dichos instrumentos contiene un lenguaje básico para el grupo de trabajo, así

como también parámetros medibles que pueden utilizarse para monitorizar desenlaces. (11)

La edad es un factor no modificable, pero esto no significa enfermedad, discapacidad o dependencia. Pero el tener una capacidad funcional genera un efecto crucial en el envejecimiento y estará condicionado por diversos factores, entre ellos el género. (12, 13)

La funcionalidad consiste en realizar actividades con las cuales el ser humano pueda vivir de forma independiente en una comunidad, todo esto en conjunto de las habilidades motoras acordes a un adulto mayor por medio de las cuales tendrá independencia y autonomía en sus actividades básicas de la vida cotidiana (alimentación, continencia, transferencia, uso del sanitario, vestido, baño) así como instrumentales (cocinar, compra, labores domésticas) (14, 15)

La evaluación funcional como parte de la valoración integral del paciente geriátrico, para muchos, es la parte principal y la más importante ya que la alteración funcional puede ser un “marcador” del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente permitiendo de esta manera su reconocimiento, establecer un diagnóstico, pronóstico, una intervención y tipo de cuidado (16).

Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su «Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud» , la funcionalidad se concibe como una integración e interacción entre factores propiamente de salud (enfermedades, lesiones) y factores contextuales (ambientales, sociales, personales); también indica que ésta «per sé» es un mejor

indicador de salud que la mera consideración de las enfermedades que padece, con un relevante poder pronóstico de deterioro clínico general, discapacidad y dependencia (17).

Para realizar la evaluación funcional, es necesario empleo de escalas, de estas existen varias y han sido validadas en diferentes contextos Estas son: las de Actividades de la Vida Diaria (AVD), definida como un conjunto de acciones que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia cotidiana, para vivir en forma autónoma e integrada en un medio ambiente y cumplir con su papel social. Se agrupan en tres categorías: actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD) de la vida diaria (18, 19,20).

Las ABVD hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio, las AIVD permiten una vida independiente en la comunidad, mientras que las AAVD permiten desarrollar un papel social (21). La medida de la situación funcional de un paciente anciano suele ser más útil que un listado de diagnósticos clínicos para planificar el tratamiento, el tipo de cuidados o los servicios sociales adecuados.

Katz en 1963 llevo a cabo un estudio con población de adultos mayores evaluando actividades de la vida diaria, concluyo a través de este estudio que podía determinarse de acuerdo a sus resultados y los instrumentos empleados un índice que valorara la dependencia e independencia del adulto mayor de acuerdo a las actividades cotidianas. Este estudio impacta, cuando se evalúan este tipo de función en la población referida; por lo que se ha consolidado después de su

validación y se quedo como un parámetro de referencia nominado El índice de Katz. El cual consta de seis elementos ordenados en forma jerárquica, según la secuencia en la que los pacientes pierden o recuperan la independencia para realizar actividades básicas de la vida. (22, 23,24)

Por otro lado la depresión es una enfermedad muy frecuente en la gente mayor, que afecta alrededor del 14% de los mayores de 65 años. Y representa el tercer motivo de consulta en atención primaria, sin embargo se ha identificado que con frecuencia está infra diagnosticada. Por lo que es importante detectarla a tiempo, ya que la presencia de depresión se asocia con un aumento global de la mortalidad, tanto por causas cardiovasculares como de otro tipo y puede producir múltiples consecuencias en el paciente y en su familia, como peor calidad de vida, mayor declive funcional, mayor cansancio de los cuidadores o menor adherencia al tratamientos de tipo médico instituidos para mejorar su calidad de vida. (25)

Esta vulnerabilidad puede ser debido a cambios estructurales y bioquímicos relacionados con la edad. Las tasas de depresión más altas también pueden estar relacionados con el aumento de los factores de riesgo en la tarde de la vida (es decir, la pérdida, la soledad, la enfermedad física y la institucionalización). Los principales factores asociados con la depresión en las personas de edad más avanzada parecen ser problemas con la realización de tareas para el funcionamiento diario y los problemas con la cognición. La depresión en el adulto mayor es bastante común y que los síntomas depresivos son más frecuentes. Algunos de estos factores relacionados con la depresión se pueden explicar por los cambios durante los últimos años. Al controlar los factores asociados con el

envejecimiento (es decir, el género, la discapacidad física y deterioro cognitivo) no existe una relación entre los síntomas depresivos y la edad. (26)

La depresión en los adultos mayores, es considerada como un indicador que está asociada al deterioro cognitivo y a la fragilidad del organismo, caracterizado por sensaciones de tristeza e inutilidad, tendencia al llanto, ánimo abatido, y apatía. Además se caracteriza por manifestaciones físicas como: dolores corporales, cefaleas, tensión muscular, falta de apetito etc., la mayoría de estas reacciones también pueden ser ocasionadas por la presencia de enfermedades agudas o crónicas, por síntomas de la soledad, propia de la edad, y el género, por las condiciones y estilos de su propia vida. Generalmente sus consecuencias negativas sobre la comorbilidad, en la disminución de su interés en el desarrollo de las capacidades funcionales, en el desempeño de las actividades cotidianas, en la calidad de vida en el desenvolvimiento social y familiar. (27)

Estudios realizados hasta la fecha sugieren que los síntomas de la depresión predicen disminución en las AVD básicas y las AVD instrumentales, así como disminuciones en las actividades intelectuales y actuaciones del rol social. El descenso puede comenzar en las AVD de nivel superior y continúe con deterioro de las AVD más básico. Hemos informado anteriormente de que los síntomas severos de depresión están relacionados con descensos posteriores en las AVD. Sin embargo, poco se sabe sobre el impacto inicial de los síntomas de depresión en la disminución de la AVD de mayor nivel. (28) La Escala de Depresión Geriátrica Yesavage de 30, 15 y cinco reactivos actualmente, es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos, con una sensibilidad y

especificidad de 97 y 85 %, respectivamente. (29) Por lo que resulta ser la escala mayormente empleada en estudios relacionados con las AVD y depresión en el adulto mayor.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento de la poblacional es un fenómeno inevitable al que todos los países actualmente prestan atención; aunque cada uno con enfoques diferentes.

En los últimos años, la población está evolucionando aceleradamente hacia la senilidad. Por lo que el estudio del adulto mayor, constituye un elemento de esencial importancia y aparece como factor determinante en las investigaciones medicas.

El medico familiar, protagonista imprescindible para la atención de primer nivel de atención en el área de la salud; es quien establece el primer contacto con el paciente, y quien será el que prevenga y evite las complicaciones del deterioro biopsicosocial del paciente geriátrico. Esto se llevara acabo mediante la aplicación de protocolos de manejo en la consulta externa y para lograrlo; el médico familiar deberá ser diligente en investigar y valorar de entre un habitualmente confuso conjunto de síntomas y signos o la caracterización precisa de signos y síntomas orientados a valorar la funcionalidad del paciente senil relacionada con otras patologías frecuentes en este grupo de edad; los que le permitirá al médico incidir en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

Es conocido que mediante los estudios de morbilidad - mortalidad se mide y se valora el nivel de salud alcanzado por la colectividad, lo cual permite optimizar la planificación de la prestación de los servicios. En la población de pacientes llamados de la tercera edad el medir su funcionalidad en las actividades de la vida diaria asociadas a patologías frecuentes en el anciano como la depresión nos da

elementos en el área de la salud para planear acciones de prevención y tratamiento oportuno para mejora la calidad de vida de este grupo de pacientes motivados por lo antes expuesto, realizamos el presente trabajo para profundizar en el conocimiento de algunas particularidades del paciente de la tercera edad en nuestra comunidad.

Considerando que el deterioro funcional y la depresión, son dos síndromes geriátricos que la literatura ha reportado como asociados y que no se cuenta con evidencias básicas suficientes sobre estos padecimientos. Medir la fuerza de la asociación de la funcionalidad básica e instrumental para la vida con depresión, en una muestra de adultos mayores resulta interesante y necesario de acuerdo al comportamiento demográfico con relación a este grupo poblacional que cada vez es más y requiere de atención en forma integral en las unidades de primer nivel de atención en salud; por lo que nos surge el siguiente cuestionamiento.

Pregunta del problema

¿Cual es la relación entre actividades de la vida diaria y depresión en adultos mayores derechohabientes de la UMF61?

VI. HIPÓTESIS: Existe una relación directa entre actividades de la vida diaria y depresión en adultos mayores derechohabientes de la UMF61.

HIPÓTESIS NULA: Es inexistente la relación entre actividades de la vida diaria y depresión en adultos mayores derechohabientes de la UMF61.

VII. OBJETIVOS.

General. Determinar la relación entre actividades de la vida diaria y depresión en derechohabientes geriátricos de la UMF61.

Objetivos específicos:

1. Determinar la funcionalidad de las actividades de la vida diaria en adultos mayores derechohabientes de la UMF61.
2. Identificar el grado de depresión en adultos mayores
3. Analizar si existe una relación con la depresión y actividades de la vida diaria en los adultos mayores
4. Identificar factores asociados a la depresión de adultos mayores.

VIII. MATERIAL Y METODOS

1. **Diseño de estudio:** Estudio transversal analítico
2. **Universo de trabajo:** Adultos mayores derechohabientes de la UMF61 con 65 años o más de edad en el período comprendido del 1o de julio del 2013 a 30 septiembre del 2013.

3. Descripción de variables Actividades de la vida diaria

Depresión en adultos mayores derechohabientes de la UMF61

Conceptualización de:

Actividades de la vida diaria: Acciones que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, que el ser humano realiza de forma cotidiana y que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo del día.

Depresión en adultos mayores derechohabientes de la UMF61: Trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, que provoca una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana, en personas de 60 años o más adscritos a una unidad de primer nivel de atención en salud.

Operacionalización:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
Actividad de la vida diaria	Cualitativa	Ocupaciones que componen la actividad cotidiana , actividades conformadas por las actividades del autocuidado trabajo y juego / ocio	Para fines de este estudio se considera actividades de la vida diaria a toda acción que se lleva a cabo para cubrir las necesidades básicas de un ser humano	Ordinal	1. Dependiente 2. independiente , con 7 categorías de A a la G acorde con las funciones que realiza A. Independiente para todas las funciones B. Independiente para todas menos una

					<p>cualquiera</p> <p>C. Independiente para todas menos baño y otra cualquiera</p> <p>D. Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera</p> <p>E. Independiente para todas menos baño, vestido, uso W.C. y otra cualquiera</p> <p>F. Independiente para todas menos baño, vestido, uso W.C., movilidad y otra cualquiera</p> <p>G. Dependiente en todas las funciones</p>
Depresión en adultos mayores derechohabientes a la UMF61	Cualitativa	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida del interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Se entiende la experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad. Que se sustentan sobre un estado de ánimo negativo anormal.	Ordinal	<p>Dicha escala cuenta con 15 ítems, con respuestas dicotómicas, obteniendo 3 resultados.</p> <p>Interpretación: 0 a 5 normal, 6 a 9 depresión leve, > 10 depresión establecida.</p>
Nivel socioeconómico	Cuantitativa	Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basadas en sus ingresos, educación y empleo	Esta dado por el numero de salarios mínimos que ganan diarios el jefe de familia entre el número de personas que dependen de el.	Ordinal	<p>Muy bajo. 0-1 salario mínimo Bajo. 1 a 1.2</p> <p>Medio 2 a 1.3</p> <p>Medio alto 3. 1-4. Alto. 4.1 y mas</p>
Estatus laboral	Cualitativo	Todas aquellas situaciones o elementos	Indica que una persona está o no,	Nominal	1. Jubilado Que no esta desempeñando algún puesto de

		vinculados de una forma con el trabajo.	trabajando o realizando su función		trabajo. 2. Activo Si esta desempeñando algún puesto de trabajo.
Edad	Cuantitativo	Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.	Número de años vividos hasta el momento del registro	Continua	Años cumplidos
Ocupación	Cualitativo	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera mas o menos continua	Trabajo que desempeña en el momento del registro	Nominal	Empleado Técnico Profesionista Campesino Otro.
Sexo	Cualitativo	conjunto de características de un animal o planta por las que se distinguen entre individuos machos y hembras que producen células masculinas o femeninas	Diferencia entre hombre y mujer	Nominal	Hombre Mujer
Estado civil	Cualitativa	Es el estado de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establecen ciertos derechos y deberes.	Situación jurídica de una persona física desde el punto de vista del derecho de familia en el momento del registro.	Nominal	Casado Soltero Viudo Unión libre Divorciado
Grado de escolaridad	Cuantitativa	Tiempo en que un alumno asiste a la escuela o cualquier tiempo de enseñanza	Grado de estudios del individuo al momento del registro	Nominal	Analfabeta-Primaria Secundaria Preparatoria- Carrera técnica Carrera universitaria Posgrado
Enfermedades	Cualitativa	Enfermedades de larga	Dícese del síntoma o de	Nominal	Hipertensión Cardiopatía Obesidad

concomitantes		evolución y de progresión lenta.	la enfermedad que ocurre durante el mismo tiempo que otra.	.	Diabetes mellitus Otras
Estructura familiar	Cuantitativa	Grupo de personas emparentadas entre si que viven juntas , o en lugares diferentes y especialmente formado por el matrimonio y los hijos	Número de miembros de la familia del entrevistado que viven con ellos bajo el mismo techo	Nominal	Nuclear numerosa Nuclear-Binuclear Reconstituida Monogámica Nuclear empleada Equivalente familiar

4.-Selección de la muestra:

a). se determinará el tamaño de la muestra probabilísticamente empleado la fórmula para proporciones.

<i>Total de la población de adulto mayores de la UMF61 (N)</i>	13975
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Precisión (d)	3%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	123
Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	145

La selección de los sujetos será al azar tomada del total de adultos mayores que se encuentren en la sala de espera de la consulta externa en ambos turnos.

b). Criterios de Selección

I) **Criterios de inclusión:** pacientes adultos mayores de 60 años de edad que sea derechohabiente de la UMF 61.

II) **Criterios de no inclusión:** pacientes menores de 60 años de edad, analfabetas, pacientes que cuenten con alguna patología psiquiátrica, neurológicas, y/o **discapacidad física**.

III) **Criterios de eliminación:** encuestas incompletas, y con datos personales incompletos.

5. Procedimiento.

Previa autorización del comité local de investigación y las autoridades correspondientes; uno de los investigadores buscara en la sala de espera de la consulta externa de la UMF61 delegación 32 en el turno matutino y vespertino; derechohabientes que cumplan con los criterios de inclusión.

Se aplicara la encuesta recolectora de datos así como los instrumentos de medición (instrumento de medición de depresión de Yesavage y el índice de Katz) previa firma del consentimiento informado. Se explicara a cada uno de ello, en que consiste su participación en el estudio y que objetivos se persiguen. Se otorgara orientación en caso de que surjan dudas al momento de contestar dichas encuestas, ya concluida, se realizara una revisión de las mismas, verificando que cada una de las variables estén contestados y evitar así alguna tipo de omisión. Una vez obtenido el total de casos de la muestra representativa de esta población, se procederá a elaborar una base de datos en programa Excel de acuerdo a cada

ítem de las encuestas identificando específicamente los correspondientes a variables sociodemográficas a depresión y funcionalidad de la vida diaria. Conformadas así; encuestas de Yasavege (depresión) que cuenta con un total de 15 ítems de los cuales se obtendremos 3 resultados finales: Normal (0 a 5 puntos), depresión leve (6 a 9 puntos) y depresión establecida (mayor de 10 puntos). El índice de Katz (funcionalidad de la vida diaria) el cual cuenta con 6 ítems, obteniendo al final 7 resultados:

- A. Independiente para todas las funciones
- B. Independiente para todas, menos una cualquiera
- C. Independiente para todas menos baño y otra cualquiera
- D. Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera
- E. Independiente para todas menos baño, vestido, uso W.C. y otra cualquiera
- F. Independiente para todas menos baño, vestido, uso W.C., movilidad y otra cualquiera
- G. Dependiente en todas las funciones

6. Análisis estadístico

El análisis se llevará a cabo mediante, estadística descriptiva para determinar las características generales de la población de acuerdo a variables sociodemográficas, se buscará relación entre las variables con estadística inferencial de acuerdo a los resultados obtenidos; estos se presentaran en porcentajes y proporciones y para determinar la significancia estadística del análisis comparativo tendremos el valor de **p**. Aceptándose la hipótesis si su valor es <0.05 .

IX. CONSIDERACIONES ETICAS.

El presente estudio se apegará a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Se tomará en consideración lo que establece el Título Segundo, Capítulo I, artículo 13,14 fracción I, se ajusto a los principios éticos y científicos que lo justifiquen (SSA,1987).

Fracción V, se contará con el consentimiento informado y por escrito de cada participante.

Fracción VI, se realizará por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.

Fracción VII y VIII Se contará con la autorización del Comité de Ética e Investigación del Hospital General de Zona No.8 Y se llevará a cabo cuando con la autorización del titular de atención de la salud y de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71,73 y 88 de éste reglamento.

El estudio se considerará de riesgo mínimo para los participantes, debido a que se realizaron mediciones neurofisiológicas de la sensibilidad, registro de datos demográficos y clínicos según el artículo 17, fracción II.

Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, capítulo 1, artículo 17, fracción II (30)

X. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.

Recursos Humanos:

Investigador encargado del proyecto, asesor metodológico para apoyar.

Recursos Materiales:

1. 1000 hojas blancas

2. 15 lápices No.2

3. 10 bolígrafos tinta

4. 1 engrapadora

5. 1 marcador

6. 1 calculadora

- 1 memoria USB
- 2 correctores líquidos
- 4 borradores
- 1 Computadora
- 1 impresora
- 5 cartuchos de tinta

Recursos Financieros:

Los propios del investigador.

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Las actividades que se tienen contempladas para realizar satisfactoriamente esta investigación son las siguientes; 1. Planteamiento del problema; 2. Diseño instrumentos colectores; 3. Presentación ante el comité de investigación; 4. Autorización del comité de investigación; 5. Levantamiento de los datos; 6. Depuración y tabulación de los datos; 7. Presentación de los datos.

Estas actividades se llevaran a cabo en un periodo de 19 meses, iniciando el mes de Abril de 2013 y concluyendo el mes de Noviembre de 2014. Teniendo como estimaciones las siguientes anotaciones

ACTIVIDAD	Abril 2013	agosto 2013	Sept 2013	Oct. 2013	Nov. 2013	Dic 2013	Enero 2014	Feb 2014	Marzo 2014	Junio 2014	Julio 2014	Octubre 2014	Nov. 2014
Planteamiento del problema	x	x											
Diseño de los instrumentos colectores			x	x	X								
Presentación ante el comité de investigación													
Autorización del comité e investigación													
Levantamiento de los datos									x	X			
Depuración y tabulación de los datos.											x	x	
Presentación de los resultados													x

XII. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Actividades de la vida diaria y Depresión En adultos mayores derechohabientes de la UMF61
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Cordoba, Veracruz
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Es conocido que mediante los estudios de morbilidad - mortalidad se mide y se valora el nivel de salud alcanzado por la colectividad, lo cual permite optimizar la planificación de la prestación de los servicios. En la población de pacientes llamados de la tercera edad el medir su funcionalidad en las actividades de la vida diaria asociadas a patologías frecuentes en el anciano como la depresión nos da elementos en el área de la salud para planear acciones de prevención y tratamiento oportuno para mejorar la calidad de vida de este grupo de pacientes. Motivados por lo antes expuesto, realizamos el presente trabajo para profundizar en el conocimiento de algunas particularidades del paciente de la tercera edad en nuestra comunidad. Considerando que el deterioro funcional y la depresión, son dos síndromes geriátricos que la literatura reporta como asociados y que no se cuenta con evidencias básicas suficientes sobre estos padecimientos. Medir la fuerza de la asociación de la funcionalidad básica e instrumental para la vida con depresión, en una muestra de adultos mayores es por demás interesante por lo que nos surge el siguiente cuestionamiento.
Procedimientos:	Se aplicara la encuesta recolectora de datos así como los instrumentos de medición (instrumento de medición de depresión de Yesavage y el índice de Katz) previa firma del consentimiento informado, a todos los adultos mayores derechohabientes a la UMF 61, se explicara a cada uno de los adultos mayores en que consiste su participación en el estudio y que objetivos se persiguen. Se otorgara orientación en caso de que surjan dudas al momento de contestar dichas encuestas, ya concluida, se realizara una revisión de las mismas, verificando que cada una de las variables estén contestados y evitar así alguna tipo de eliminación. La interpretación de los resultados obtenidos, serán aplicados en las encuestas seleccionadas para este protocolo.
Posibles riesgos y molestias:	Que el entrevistado tenga alguna dificultad para contestar dicho cuestionario ya sea por no saber leer o redactar, dudas que surgan al contestar los cuestionarios.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En base a nuestros resultados estadísticos, buscar una relación estrecha entre la depresión y actividad de la vida diaria, en caso de que este vínculo sea fuerte, trasladar dicha información a la actividad diaria del médico familiar en cada una de las UMF, quien en primera instancia somos el primer contacto, un acto preventivo más, acto dirigido a nuestros adultos mayores con la finalidad de que la calidad de vida sea de calidad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	
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 estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. María Aurea Mendoza Olvera /
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	



Instituto Mexicano del Seguro Social.

Delegación Regional Veracruz Sur.
Unidad de Medicina Familiar Numero 61 de Córdoba

INSTRUMENTO COLECTOR DE DATOS DEL PROYECTO DE

Actividades de la vida diaria y Depresión

En adultos mayores derechohabientes de la UMF61

NSS _____ FECHA: ____ / ____ / ____ Folio : ____

Edad en años	Estatus laboral				Sexo		
	Activo		Jubilado		Masculino	Femenino	
Consultorio NO. ()							
Escolaridad	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Carrera tecnica	Carrera universitaria	Posgrado
Ocupación	Empleado	Tecnico	Profesionista		Campeño	Otro:	
Edo Civil	Soltero	Casado	Viudo		Unión libre	Divorciado	
Enfermedades concomitantes	Hipertensión	Cardiopatía	Obesidad		Diabetes mellitus	Otra (especificar)	
Tipo de familia	Casado con una mujer, sin hijos (Familia Monogamica)	Hijos que viven con padrastro o madrastra (Familia Reconstituida)	Se vuelve a casar y convive con hijos de distinto progenitos (Familia binuclear)		Formad por padres y no mas de 4 hijos (Familia nuclear)	Formada por padre y mas de 4 hijos (Familia nuclear numerosa)	
	Cuando en el hogar conviven otras personas, como parientes y/o agregados (Familia nuclear empleada)	Individuos que conviven en un mismo lugar sin construir una familia nuclear (Equivalente familiar)					

MEDINA-CHÁVEZ JH ET AL. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL ESCALA

DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN REDUCIDA)

	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
7. 13 ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
8. 14 ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
9. 15 ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

Puntuación 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: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: a guide to assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986

ÍNDICE DE KATZ

1. Baño

Independiente: se baña enteramente solo, o bien requiere ayuda únicamente en alguna zona concreta (p. ej., espalda) Dependiente: necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha

2. Vestido

Independiente: coge la ropa y se la pone él solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias o calcetines) Dependiente: no se viste por sí mismo o permanece parcialmente vestido

3. Uso del W.C.

Independiente: va al W.C. solo, se arregla la ropa, se limpia él solo Dependiente: precisa ayuda para ir al W.C. y/o para limpiarse

4. Movilidad

Independiente: se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta de una silla él solo, se desplaza solo Dependiente: necesita ayuda para levantarse o acostarse de la cama o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza

5. Continencia

Independiente: control completo de la micción y defecación Dependiente: incontinencia parcial o total de la micción o defecación

6. Alimentación

Independiente: come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos) Dependiente: necesita ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación enteral

1. Independiente para todas las funciones
2. Independiente para todas menos una cualquiera
3. Independiente para todas menos baño y otra cualquiera
4. Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera
5. Independiente para todas menos baño, vestido, uso W.C. y otra cualquiera
6. Independiente para todas menos baño, vestido, uso W.C., movilidad y otra cualquiera
7. Dependiente en todas las funciones Resultado: Índice de Katz: _____

Adaptado de Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL. JAMA 1963; 185:914-919

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Leal Mora D, Castro F, Borboa García C. La geriatría en México. *medigraphic* 2006; 8 (3): 186 – 187.
2. Casanova C, Delgado S, Estéves S. El medico de familia y la depresión del adulto mayor. *Revista biomédica, medicina familiar y comunitaria* 2009:24–31.
3. Miguel JA., Ortiz·H D. Gerontología, Geriatría y Medicina Interna. Publicación original, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina UNAM 2006: 7.
4. INEGI, Consulta generada del Banco de Información INEGI (<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biinegi/?e=30&m=044&src=487>), México, Instituto Nacional de Información Estadística y Geográfica, 2010.
5. Pedraza Avilés AG, Castillo M. Evaluación geriátrica integral en pacientes de una unidad de medicina familiar de la ciudad de México. *A. Latinoamericana de profesores de medicina familiar A.C.* 2010; 12 (1).
6. Varela Pinedo L, Chávez Jimeno H, Herrera Morales A, Ortiz Saavedra P, Chigne Verastegui O. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. *Temas Originales* 2004;43(2) disponible en <http://www.who.int/whr/2003/overview/es/index3.html>
7. Cruz Redon Orozco M, Rodríguez Ledesma MA. Valoración clínica geriátrica integral en medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro* 2011; 49 (2): 171-177.
8. Formiga F, Mascaró J, Cabot C, Ortega C, Porras F, Vidaller A, Pujol R. Valoración geriátrica de un paciente ingresado en un hospital de agudos 2005. *Rev Mult Gerontol* 2005;15(1):8-11
9. Vargas Esquivel LM. Valoración geriátrica integral (un modelo para mejorar la calidad de atención del adulto mayor) 2001. *Revista especialidad en ciencias de la salud*; 4 (1-2): 42-51
10. Tallis, RC; Fillit, HM. *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology* 6th edition. Churchill Livingstone 2003: 291-9.
11. Arseven A, Chang CH, Arseven AK, Emanuel LL. *Assessment Instruments*. Elsevier Saunders 2005, *Clin Geriatric Med*; 21: 121 – 146

12. Rubio E, Comín M, Montón G, Martínez T, Magallón R, García Campayo J. Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el genero. GEROKOMOS 2013; 24 (2): 69-73.
13. Roehrig B, Hoeffken K, Pientka L, Wedding U. How many and which items of activities of daily live (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) are necessary for screening Critical Reviews in Oncology/ Hematology 2007; 62 : 164 – 171
14. Ellis G, Whitehead MA, O Neill D, Langhorne P, Robinson P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital Editorial group Cochrane effective practice and organisation of care group. Published online 2011.
15. Soberanes Fernández S, González Pedraza Avilés A, Moreno Castillo YC. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de especialidades Medico – Quirúrgicas 2009; 14 (4): 161- 172.
16. Varela Pinedo L, Chávez Jimeno H, Gálvez Cano M, Méndez Silva F. Funcionalidad en el adulto mayor a su hospitalización a nivel nacional. Rev Med Hered 2005; 16 (3): 165-169.
17. Lesende IM, Cantero SQ, Atucha VU, Oyarbide EG, Minaña TA, Pedrero Jocano JE. Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en personas mayores 2011. ELSEVIER DOYMA; 44(6): 309-319.
18. Medina-Chávez JH, Torres-Arreola LP, Cortés-González RM, Durán-Gómez V, Martínez-Hernández F, Esquivel-Romero G. Valoración geriátrica integral 2011, Rev Med Inst Mex Seguro Soc; 49 (6): 669-684.
19. Kameyama Fernandez L. Valoración geriátrica integral Medigraphic 2010; (2):55–65.
20. Gold AV. An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment journal of clinical and experimental neuropsychology 2012; 34 (1): 11–34.
21. MC Rose A, J Hennis A, R Hambleton I. Differences in disease- and disability-free life years, and active community participation of elderly men and women in 7 cities in Latin America and the Caribbean 2008. BMC

Public Health 2008; 8:127.

22. Guía práctica clínica para la valoración geriátrica integral en unidades de atención médica, México: IMSS, 2011. Disponible en www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogomaestrodeguiasdepracticaclinica o <http://2001.144.108.20/profesionales/guiasclinicas/PAGE/index.aspx>
23. Zavala González MA, Domínguez Sosa G. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores 2011. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*; 49(6): 585-590.
24. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185:914-919.
25. Sarró-Maluquera M, Ferrer-Feliub A, Rando-Matosa Y, Formigac F, Rojas-Farreras S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. Elsevier Doyma 2013, disponible en <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359313000178>
26. Temple Scheetz L, Martin P, Poon LW. Do Centenarians Show Higher Levels of Depression? Findings from the Georgia Centenarian Study *J Am Geriatr Soc*. 2012 February; 60(2): 238–242.
27. María Elena Flores Villavicencio ME, Cervantes Cardona GA, González Pérez GJ, Vega López MG, Valle Barbosa MA. Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología da IMED* 2012; 4(1): 649-661.
28. Kazama M, Kondo N, Suzuki K, Minai J, Imai H, Yamagata Z. Early impact of depression symptoms on the decline in activities of daily living among older Japanese: Y-HALE cohort study *Environ Health Prev Med* 2011; 16:196–201
29. Castro de Araujo LF, Barcelos-Ferreira R, Bertini Martinez C, Bottino C. Depressive morbidity among elderly individuals who are hospitalized, reside at long-term care facilities, and are under outpatient care in Brazil: a meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr* 2013; 35(2): 201-207.
30. The International Response to Helsinki; VI The WAR, Declaration of Helsinki, on Ethical-Principles for medical Research Involving Human

Subjects as adopted by the 52 WMA General Assembly, Edeimburg, October 2000. [Fecha de acceso: 28 de marzo 2011]. Disponible en http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion_helsinki.asp.

31. Ediciones Doyma, S.L. Referencias Bibliográficas: EJEMPLOS DE CASOS. CONCRECIONES A: Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (VANCOUVER) October 2001. Barcelona, revisado en abril de 2003.