



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE POS GRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26

**“FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU ASOCIACION A LA
DEPRESION EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26 LIC CARLOS
GALVEZ BETANCOURT”**

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

PRESENTA:
Grecia Cortés Molina

DIRECTOR:
Dr. Arioth Ureña Martínez

ASESORES:
Dra. Gabriela García Morales
Dr. Ricardo Gil Ojeda
Dra. María De Los Reyes Campos Mayo

NUMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL:
R-2024-1102-008

ACAPULCO DE JUAREZ, GRO. FEBRERO DEL 2026

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE DIFUSIÓN

Se firma la presente en la ciudad de Acapulco, Guerrero, México, a los días del mes de Noviembre del año 2025.

El que suscribe Grecia Cortes Molina autor(es) del trabajo escrito (obra intelectual), en su formato de Tesis con el título

FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU ASOCIACIÓN A DEPRESIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 26 LIC. CARLOS GALVEZ BETANCOURT.

Por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor; manifiesto mi autoría intelectual y originalidad de la obra mencionada.

Así mismo: (Elegir A), B) o C))

A). Expreso mi conformidad de ceder los derechos de difusión y autorizo difundir esta obra en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero a partir de la fecha, de conformidad con los artículos 13, 14, 15 y 16 de la Ley Orgánica de Universidad Autónoma de Guerrero número 178, para su difusión con fines académicos, de investigación, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura, el cual se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental.

B). Pido un periodo de dos años de resguardo a partir de la fecha, y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día del mes de del año , sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A)

C). Pido un periodo de un año de resguardo a partir de la fecha, y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día 20 del mes de NOVIEMBRE del año 2026, sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A)

Entiendo además que, si necesito incrementar el periodo de resguardo, renovaré la presente carta, dos meses antes que concluya el tiempo solicitado en los incisos B o C.

Lo anterior no genera vinculación obligatoria para la Universidad Autónoma de Guerrero, por tanto, la institución universitaria podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento sin autorización expresa, así como su uso indebido y/o su exhibición o comunicación a terceros.

Grecia Cortes Molina
Nombre y firma del autor Vo. Bo.

ARITHA UJEDA MARTINEZ
Director-Tutor

Declaración de Autenticidad y No Plagio

Grado Académico: Nivel del Posgrado

Por el presente documento, yo Grecia Cortés Molina, con número de matrícula: _____, egresado del (a) Nombre del Posgrado Especialidad de Medicina Familiar

informo que he elaborado el Trabajo de Investigación en formato de: Tesis, Artículo, denominado:

"FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU ASOCIACIÓN A DEPRESIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26 LIC. CARLOS GALVEZ BETANCOURT"

para obtener el Grado Académico de (Nombre del Grado del Posgrado)

Especialista en Medicina Familiar

Declaro que este trabajo ha sido desarrollado íntegramente por el(la) autor(a) que lo suscribe y afirmo, que no existe plagio de ninguna naturaleza. Así mismo, dejo constancia de que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo, por lo que no se ha asumido como propias las ideas vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos o en Internet.

Así mismo, afirmo que soy responsable de todo su contenido y asumo, como autor(a), las consecuencias ante cualquier falta, error u omisión de referencias en el documento. Sé que este compromiso de autenticidad y no plagio puede tener connotaciones éticas y legales.

Por ello, en caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a lo dispuesto en las normas académicas que dictamine la Universidad Autónoma de Guerrero y las leyes que para el presente apliquen.

Chilpancingo, Guerrero, México, 19 de Noviembre de 2025

Sustentante

Grecia Cortés Molina

Matrícula y Nombre completo del Autor

Vo. Bo.

ARIOTHI JAREÑA MARTINEZ

Nombre completo del Director(tesis)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



ÓRGANO DE OPERACIONES ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO
(OOAD) ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD

JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DE PLANEACIÓN Y ENSEÑANZA INSTITUCIONAL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO

"FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU ASOCIACION A
DEPRESION EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26 LIC CARLOS
GALVEZ BETANCOURT"

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ARIOTH UREÑA MARTÍNEZ

TESISTA:

DRA GREGIA CORTÉS MOLINA



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACION ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO

"FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU ASOCIACION A LA
DEPRESION EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.26 LIC CARLOS
GALVEZ BETANCOURT"

No. Registro R-2024-1102-008


Dra. Guillermina Juanico Morales

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional


Dr. Rogelio Ramírez Ríos

Coordinador Auxiliar Médico
de Educación


Dra. Elisa Sánchez Cabrera


Coordinadora Auxiliar Médico de
Investigación en Salud


Dra. Brenda Garduno Orbe

Coordinadora Clínico de Educación
e Investigación en Salud.


Dr. Ricardo Gil Ojeda

Profesor Titular del Curso de
Especialización en Medicina
Familiar.


Dr. Arioth Ureña Martínez

Director de Tesis.

UAGro



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1102**.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 12 001 066**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 12 CEI 002 2018082**

FECHA **Viernes, 12 de enero de 2024**

Doctor (a) ARIOTH UREÑA MARTINEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU ASOCIACION A LA DEPRESION EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26 LIC CARLOS GALVEZ BETANCOURT**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2024-1102-008

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

salomon Garcia Andjaca
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1102

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

En la Ciudad y puerto de Acapulco, Guerrero, siendo el día veintiuno de noviembre de dos mil veinticinco, los integrantes del Jurado de Tesis, nombrados por la Academia de Posgrado, manifiestan que una vez que revisaron el escrito completo de la tesis "FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU ASOCIACION A LA DEPRESION EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26 LIC CARLOS GALVEZ BETANCOURT" presentada por la C. DRA. GRECIA CORTÉS MOLINA para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar, a través de ésta expresan su APROBACIÓN DE LA TESIS, autorizan el envío de la tesis, y aceptan que en cuanto se haya cumplido con los requisitos señalados en el Reglamento Escolar Vigente de la Universidad Autónoma de Guerrero, se proceda a la presentación del Examen de Grado.

El Jurado de Tesis


Dr. Arioth Urena Martínez
Director de Tesis


Dra. Gabriela García Morales
Asesora


Dr. Ricardo Gil Ojeda
Asesor


Dra. María de los Reyes Campos Mayo
Asesora

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada, quiero agradecer a Dios por que el me trajo hasta este camino, porque me dio lo que necesitaba en el tiempo correcto, por permitirme realizar la especialidad médica, porque me dio la fuerza para no desistir y las herramientas para seguir.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi asesor el Dr. Arioth Ureña, por su guía y apoyo constante durante todo este proceso de investigación y redacción de esta tesis. Su paciencia y dedicación fueron fundamentales para mi crecimiento como investigadora y para la realización de este trabajo. Su orientación y consejos me permitieron alcanzar mis objetivos.

También quiero expresar mi gratitud a la doctora Gaby García, Co- asesora de esta tesis, por su valiosa contribución a la discusión y análisis de los resultados. Su experiencia y conocimiento en el campo me proporcionaron una perspectiva más amplia, me ayudaron a mejorar la calidad de mi trabajo.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mí misma, como un reconocimiento a mi propio esfuerzo y sacrificio en la búsqueda de mi crecimiento profesional y como persona, a mi propia determinación y resiliencia que me han permitido superar obstáculos y alcanzar mis objetivos.

A mi familia que ha sido mi motivación durante este proceso, a mis padres que me han apoyado incondicionalmente y me han enseñado el valor de la perseverancia.

A mi hermana que me ha acompañado en este camino y me ha proporcionado momentos de alegría y distracción. Sin ustedes no habría podido llegar hasta este punto. Me siento afortunada de tener una familia que me ha permitido crecer y desarrollarme como persona y profesional. Les dedico este trabajo con amor y gratitud.

Grey

INDICE

1. RESUMEN	15
2. INTRODUCCION	16
3. MARCO TEORICO	17
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION	28
5. JUSTIFICACION	29
6. OBJETIVO	30
Objetivos principales:.....	30
Objetivos específicos:.....	30
7. HIPOTESIS	31
8. MATERIAL Y METODOS	32
Diseño de estudio:.....	32
Ubicación espacio-temporal.....	32
Universo de trabajo.....	32
Tipo de la muestra:.....	32
Tamaño de muestra:.....	32
Criterios de selección:.....	33
Criterios de exclusión:.....	33
Criterios de eliminación:.....	33
Descripción general del estudio.....	36
Instrumento de recolección de información.....	36
Organización de datos:.....	37
Análisis estadístico:.....	37
9. PRESUPUESTO	38
RECURSOS HUMANOS.....	38
MATERIAL FINANCIEROS.....	38
10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	39
11. ASPECTOS ÉTICOS	39
12.RESULTADOS	41
13.DISCUSION	47

13.CONCLUSIÓN.....	50
14.RECOMENDACIONES.....	51
15.CARTA DE NO INCONVENIENTE.....	52
16. BIBLIOGRAFIA.....	53
17. ANEXOS.	61
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.....	63
INDICE DE BARTHEL.....	64
ESCALA GERIATRICA DE DEPRESION DE 15 ITEMS.....	66

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los adultos mayores de la UMF 26.....	41
Tabla 2. Tipología familiar de los adultos mayores de la UMF 26.....	42
Tabla 3. Caracterización de variables clínicas de los adultos mayores de la UMF 26...43	43
Tabla 4. Capacidad funcional de los adultos mayores de la UMF 26.....	43
Tabla 5. Capacidad funcional por actividades del índice de Barthel.....	44
Tabla 6. Depresión en los adultos mayores de la UMF 26.....	45
Tabla 7. Análisis bivariado de factores asociados a la depresión.....	46

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Carta de no inconveniente.....	50
Anexo 2. Formato de Consentimiento Informado para participantes.....	61
Anexo 3. Instrumento de evaluación: Cuestionario de factores sociodemográficos y de salud.....	63
Anexo 4. Índice de Barthel para valoración de dependencia funcional.....	63
Anexo 5. Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (15 ítems)	65

LISTA DE ABREVIATURAS

- AVD** – Actividades de la Vida Diaria
- DE** – Desviación Estándar
- DM** – Diabetes Mellitus
- EPOC** – Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- HAS** – Hipertensión Arterial Sistémica
- IC 95%** – Intervalo de Confianza al 95%
- IMC** – Índice de Masa Corporal
- IMSS** – Instituto Mexicano del Seguro Social
- NOM** – Norma Oficial Mexicana
- OR** – Odds Ratio (Razón de Momios)
- SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences
- UMF** – Unidad de Medicina Familiar
- OMS** – Organización Mundial de la Salud

**“FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU ASOCIACION A LA
DEPRESION EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26 LIC CARLOS
GALVEZ BETANCOURT”**

1. RESUMEN

Introducción: La pérdida de funcionalidad puede desencadenar o agravar cuadros depresivos en adultos mayores, generando un ciclo que deteriora su autonomía y salud general. A nivel mundial, el 5.7% de las personas mayores de 60 años presentan depresión. **Material y método:** Se realizó un estudio transversal descriptivo, en adultos mayores del área de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 26 "Lic. Carlos Gálvez Betancourt" del Instituto Mexicano del Seguro Social, con una muestra de 287 pacientes. Quienes respondieron una cedula sociodemográfica y los cuestionarios de índice de Barthel y la escala geriátrica de depresión de Yesavage, el análisis estadístico se realizó en SPSS v26,0 se obtuvieron estadísticas descriptivas, para el análisis bivariado se utilizó chi cuadrada de Person y Cochran-Mante-Haenszel. **Resultados:** predominio el género femenino con 62% (178), el 55% (158) estaban casados, solo 2,8%, estudió la licenciatura, el 31,7% (91) tenían algún grado de dependencia, el 22% (63) presento un grado de depresión leve y solo 4.9% (14) tenían depresión grave. Se encontró asociación para aquellos que son jubilados o desempleados ($p= 0.013$), la falta de actividad física ($p = 0.002$) y tener una familia unipersonal ($OR = 2.1, p = 0.039$) **Discusión y Conclusion:** Los adultos mayores con dependencia tienen una probabilidad significativamente mayor de presentar depresión ($OR=4.3, p < 0.000$)

Palabras clave: adulto mayor, funcionalidad, depresión.

SUMMARY

Introduction: The loss of functionality can trigger or worsen depressive episodes in older adults, creating a cycle that further deteriorates their autonomy and overall health. Globally, 5.7% of people over the age of 60 suffer from depression. **Material and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted among elderly patients attending the outpatient department of the Family Medicine Unit No. 26 "Lic. Carlos Gálvez Betancourt" of the Mexican Social Security Institute (IMSS). A total of 287 patients were included. They completed a sociodemographic survey, the Barthel Index, and the Yesavage Geriatric Depression Scale. Statistical analysis was performed using SPSS v26.0, obtaining descriptive statistics. For bivariate analysis, Pearson's chi-square test and the Cochran-Mantel-Haenszel test were used to assess associations between variables. **Results:** The majority were women (62%, $n=178$); 55% ($n=158$) were married. Only 2.8% had completed a bachelor's degree. About 31.7% ($n=91$) had some degree of dependence. Mild depression was present in 22% ($n=63$), and 4.9% ($n=14$) had severe depression. Significant associations were found with being retired or unemployed ($p = 0.013$), lack of physical activity ($p = 0.002$), and living alone ($OR = 2.1, p = 0.039$). **Conclusions:** Older adults with functional dependence have a significantly higher probability of experiencing depression ($OR = 4.3, p < 0.000$).

Keywords: older adults, functionality, depression.

2. INTRODUCCION

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global en constante crecimiento y representa uno de los principales desafíos para los sistemas de salud contemporáneos. La Organización Mundial de la Salud estima que entre 2015 y 2050 la proporción de personas mayores de 60 años aumentará del 12% al 22%, reflejando un cambio demográfico que incrementará la carga de enfermedades crónicas, discapacidad y dependencia funcional. A nivel internacional, se reconoce que la pérdida de funcionalidad afecta significativamente la autonomía. Asimismo, la depresión constituye uno de los trastornos mentales más frecuentes en la vejez, afectando al 5.7% de los adultos mayores, y se ha documentado que la coexistencia de depresión y dependencia funcional aumenta la vulnerabilidad, las complicaciones físicas y la mortalidad.

En México, el proceso de envejecimiento se ha acelerado de forma notable. Para 2022, más de 17 millones de personas tenían 60 años o más, lo que representa alrededor del 14% de la población total, y se estima que para 2050 esta cifra alcanzará el 25%. Este incremento tiene implicaciones directas en la salud pública, ya que los adultos mayores enfrentan múltiples comorbilidades, limitaciones físicas y necesidades crecientes de apoyo. De acuerdo con datos nacionales, entre el 25% y el 27% de los adultos mayores presentan dificultades para realizar actividades básicas o instrumentadas de la vida diaria, lo que refleja un deterioro funcional que afecta su independencia. En este mismo contexto, la depresión afecta entre el 5% y el 20% de los adultos mayores ambulatorios, llegando hasta un 40% en aquellos hospitalizados. A pesar de su relevancia, la depresión en la vejez suele ser subdiagnosticada, ya que con frecuencia se atribuyen erróneamente sus síntomas al proceso natural de envejecimiento o a comorbilidades preexistentes.

En el estado de Guerrero, más del 50% de los adultos mayores presenta alguna limitación funcional y se ha observado que la prevalencia de enfermedades crónicas, el bajo nivel socioeconómico y el acceso limitado a servicios de salud aumentan el riesgo tanto de dependencia funcional como de depresión. La Unidad de Medicina Familiar No. 26 "Lic. Carlos Gálvez Betancourt" atiende a una población considerable de adultos mayores, sin embargo, no existen estudios previos que analicen la interacción entre funcionalidad y depresión en esta unidad médica, a pesar de su relevancia clínica y epidemiológica.

3. MARCO TEORICO

Antecedentes generales

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global en constante crecimiento y representa uno de los principales desafíos para los sistemas de salud contemporáneos. La Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores define al adulto mayor a las personas de 60 años o más. Se espera que entre los años 2015 y 2050, la población de adultos mayores de 60 años en el mundo casi se duplicará, del 12 % al 22 %. Según datos del Banco Mundial, la población de 65 años y más representará el 9,54% de la población mundial en 2021. Desde 1960 no había alcanzado el 5 por ciento de la población total y casi se ha duplicado en los últimos 60 años. (1-3)

En el segundo trimestre de 2022, se estima que 17,958,707 personas de 60 años y más vivían en México, esto representa el 14% de la población total del país. De acuerdo a datos de la Encuesta Intercensal 2020 del INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) la población de 60 y más años representan 12.7%, de los 81 municipios que componen el estado de Guerrero, el municipio con mayor porcentaje de población de adultos de 65 años y más fue Cuetzala del progreso, con un 15.2% del total de la población, seguido de Tlalchapa con un 14.9% y Benito Juárez con un 14.7% y representan el 44.8% respecto al total en ese rango de edad. (4-5)

Podemos definir envejecimiento como un fenómeno continuo, diverso, universal e irreversible que conduce a una disminución gradual de la capacidad funcional y termina con la muerte. El proceso de envejecimiento es intrínseco a la existencia humana y representa y una experiencia única y variada. Este es un fenómeno multidimensional que involucra a todas las facetas de la vida humana en el cual se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social entre otros; por lo que se considera un problema de salud pública que afecta a la población en general. (6-7)

-FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR

La funcionalidad del adulto mayor es un proceso importante para la evaluación geriátrica integral y sirve como indicador para el bienestar general. La capacidad funcional consiste

en tener los atributos que permiten a todas las personas ser y hacer lo que para ellas es importante. Comprendemos pues que la funcionalidad, definida por la OMS, es un conjunto de factores comprendidos por la capacidad intrínseca de la persona, las características ambientales importantes y como el individuo interactúa con estos factores. Por ende, se entiende que la dependencia funcional, es un estado en que el adulto mayor no tiene la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria de manera totalmente autónoma, por lo que otras personas se encargan de su cuidado. En términos médicos y de enfermería, la dependencia se entiende generalmente como el resultado de una deficiencia temporal o crónica en la que una persona no puede realizar las actividades de la vida diaria sin ayuda (8-9).

La dependencia funcional de cualquiera de las actividades de la vida diaria se encuentra relacionada con un aumento en la mortalidad de los adultos mayores. Dicho proceso comienza cuando el individuo independiente comienza a desarrollar limitación en su reserva funcional, que se manifiesta por un estado de vulnerabilidad que conlleva a la discapacidad. (10)

Los factores que contribuyen a la dependencia funcional entre los adultos mayores incluyen: la edad, la demencia, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad cardíaca y la fractura de cadera. Esta dependencia también está relacionada con la edad, ya que se ha observado que, a mayor longevidad, mayor dependencia funcional, aspecto que repercute en la calidad de vida de este grupo etario. Al aumentar la esperanza de vida en el planeta, se pone en discrepancia la calidad de vida, llegando a esta etapa del ciclo de la vida con múltiples comorbilidades lo cual hace que los adultos mayores tengan cierto grado de dificultad para realizar algunas de sus actividades básicas de la vida cotidiana. En América Latina y el Caribe, cerca de 8 millones de personas de 60 años o más tienen algún grado de dependencia, equivalente a más del 1% de la población total de la región, según el Banco Interamericano de Desarrollo (11-12).

Con base a el Censo de Población y Vivienda, 2020, en Guerrero, aproximadamente el 52.5% (112,323 del total de la población) de los adultos mayores presentó al menos una limitación, discapacidad, problema o condición mental. De los cuales 50.4% tenía

limitación o incapacidad para caminar, subir o bajar. Con el incremento de la esperanza de vida, aumentan las necesidades de los cuidados en la salud de los adultos mayores, esto no se ha ajustado al sistema de salud, implicando lleguen a esta etapa del ciclo vital con múltiples comorbilidades, principalmente enfermedades crónicas. Lo cual se ve reflejado con algún grado de limitación funcional (5) (13).

-DEPRESION

Se define como depresión al conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad (14).

Para realizar un diagnóstico de depresión a una persona, se requiere que experimente cinco síntomas de la enfermedad de manera constante, durante todo el día, durante al menos dos semanas. Uno de esos síntomas debe incluir un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El Instituto Nacional sobre el Envejecimiento menciona dos de los tipos más frecuentes de depresión:

- Trastorno depresivo mayor: la duración de los síntomas es de al menos duran dos semanas y que pueden interferir con la capacidad de la persona para realizar actividades de la vida diaria. (15)
- Trastorno depresivo persistente o distimia: se define como un trastorno afectivo crónico que persiste por lo menos dos años en adultos la persona posiblemente aún pueda realizar las tareas diarias. se clasifica en dos subtipos: la distimia de inicio temprano, antes de los 21 años, y la de inicio tardío después de los 21 años. (16)

La depresión es una enfermedad muy común en todo el planeta, alrededor de 280 millones de personas padecen de algún tipo de depresión, siendo los adultos mayores uno de los grupos más vulnerables. Se estima que el 3,8% de la población mundial experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. En México, 3.6 millones de personas adultas padecen depresión; lo que

representa 5 a 20% en la población ambulatoria y un 25 a 40% en la hospitalizada de ellas, uno por ciento son casos severos (17-18).

Antecedentes específicos

En el 2020, Goñi-Navarro y cols., en Ciudad de Zaragoza, España. Realizaron una revisión sistemática. Los resultados obtenidos fueron que la incidencia media de depresión fue de 9,78%. Encontrando relación entre depresión y diabetes (valor p: 0.001), La hipertensión arterial, la aterosclerosis y los antecedentes de infarto de miocardio fueron factores estadísticamente significativos ($p=0.05$). otros factores que se asociaron a la depresión incidente fueron las pocas horas de sueño ($P=0.001$) y la falta de contacto con sus familiares ($p < 0.05$) (19)

En el año 2021, Duran-Badillo y cols., en México realizaron un estudio descriptivo y transversal en 98 adultos mayores hospitalizados, la edad media fue de 66 años, 55.1% fueron mujeres, la mitad de ellos estaban solteros, el 26.5% presentaron depresión establecida, el grado más afectado para las actividades básicas de la vida diaria fue dependencia moderada con 34.7%. Se encontró Relación entre depresión y dependencia funcional (valor p .000). (20)

En el 2017, Laguado, en Colombia, llevo a cabo un estudio descriptivo retrospectivo con una muestra de 60 adultos mayores institucionalizados, los resultados que obtuvo fueron que predomina el género masculino con dependencia leve 26.6% y como independiente un 25% del género femenino, el grupo de edad predominante fue de 75 a 84 años, que es la población más representativa con un 45%, los cuales tienen resultados similares entre la dependencia leve e independencia con un 40% en relación al sexo y su grado de dependencia, las mujeres son más independientes en un 25%. (21)

En el año 2018, Calderón Masón, realizó un estudio descriptivo y transversal, que se realizó en una población de 474 adultos mayores diagnosticados con depresión, en un hospital de especialidades en Quito-Ecuador, la edad media fue de 72 años, predominó el sexo femenino con 54,3% siendo más frecuente en desempleadas, viudas y solteras. El 76.5% tuvo escolaridad de nivel secundaria y entre las variables socio familiares que más se asociaron a la depresión fueron vivir con un familiar o cónyuge y presentar algún

grado de dependencia ($p=0.009$). La prevalencia de depresión fue de 26,4%, presentaron episodios depresivos leves el 58% (22)

En el 2017, Runzer-Colmenares, realizó en Perú un estudio retrospectivo, transversal y analítico, con un tamaño muestral por conveniencia de 625 adultos mayores, con el objetivo de determinar la relación de la dependencia funcional y la depresión en los adultos mayores. La edad media fue de 77.4 años, predominando el género masculino con 58% de los que el 11.3% vivían solos, la prevalencia de dependencia funcional para ABVD (Actividades Básicas de la vida diaria) según el Índice de Barthel fue de 37.57% y para AIVD (Actividades instrumentales de la vida diaria) según Índice de Lawton de 49.5%. El 43.95% de participantes tuvo un tamizaje positivo para depresión. Se evidenció asociación entre depresión y dependencia funcional para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria $P<0.01$ (23).

En el año 2018, se realizó un estudio transversal en la población rural de 725 adultos mayores de 60 años del este de la India, por Jaya Sigh y cols, para evaluar la asociación de múltiples enfermedades crónicas con fragilidad y dependencia funcional. La edad media fue de 70.2 años, el 33% de los participantes tuvieron solo una enfermedad crónica, el 52.4% venían de una familia reconstituida, el nivel de estudios más alto fue la educación primaria con un 41.3%, el 82.5% de los adultos mayores no trabajaban. El nivel socioeconómico bajo predominó con un 47.5%. La prevalencia de multimorbilidad fue de 48,8% y la prevalencia de dependencia para actividades de la vida diaria fue 5,4% (24).

Basta y cols., realizaron un estudio de cohorte en el año 2020, en la ciudad de Creta, Grecia, en una población de 3140 ancianos, para conocer los factores de riesgos asociados a la depresión. Se llevó a cabo en dos fases; la primera fase, todos los participantes fueron evaluados con un cuestionario estructurado que incluye datos demográficos, estilo de vida, sueño, salud física y función cognitiva. El diagnóstico de depresión se basó en la historia y tratamiento de la depresión. La segunda fase se realizó en una submuestra de 293 participantes, la depresión se diagnosticó mediante una evaluación neuropsiquiátrica y neuropsicológica. Los resultados obtenidos en la primera

fase fueron: que la edad media fue de 73.2 años, se asoció la depresión al género femenino 73% ($p < 0.0001$), el 10,8% padecían depresión, el 35.7% de las personas con depresión eran viudas o solteras, 28.9% vivían solas, 27% eran parcialmente dependientes, la falta de actividad física se asoció significativamente en un 47.5% ($p = < 0.0001$), la dependencia funcional no tuvo asociación significativa ($p = 0.9$). En la fase dos, la depresión prevaleció en el 28,7% y los factores asociados fueron el género femenino y el uso de medicación psicotrópica, ambas con una $p = < 0.0001$ (25).

Baracaldo y colaboradores, en Santander, Colombia en el año 2018, se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con muestra de 48 personas entre 50 y 101 años en dos centros hogares para adulto mayor. La edad promedio fue de 77,2 años, el grupo de edad de 71 a 90 años tuvo un grado de dependencia moderada en un 23%, los hombres fueron más dependientes en un 30% respecto a las mujeres. Solo un 6,3% presenta un nivel de dependencia funcional total. Las actividades que tuvieron mayor dependencia funcional fueron, subir y bajar escaleras, lavarse y bañarse. (26)

Se llevo a cabo por Paredes y Yarce, en Nariño, Colombia en el 2018, un estudio transversal en 426 adultos mayores en población abierta urbana, se utilizaron las escalas de Barthel y Lawton y Brody para medir la dependencia funcional. La media de edad fue de 72 años, en el cual el 61,7% fueron mujeres, la actividad con mayor dependencia fue el uso de escalones con una media de 11,2%; para las actividades instrumentadas de la vida diaria el 53,5% tenían dependencia para hacer compras, se encontró que un 28.6% de los adultos mayores tenían dependencia funcional leve para realizar actividades básicas de la vida diaria. Para las actividades instrumentales de la vida diaria se observó que hay un mayor grado de dependencia para realizar compras 53,5% y lavar su ropa 29.7%; esto fue asociado que a mayor edad existe mayor riesgo de padecer dependencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria ($p = 0.005$). Sin embargo, para las actividades instrumentadas de la vida diaria, se asoció que el sexo femenino ($p = 0.004$) y la edad mayor fue de 70 años (0.000). (11)

En el 2022, Aray Intragó y colaboradores realizaron un estudio en Ecuador para identificar la relación entre depresión y dependencia funcional en los adultos mayores en un centro

geriátrico en el cual se encuestaron a 30 adultos mayores, en el cual el 10% presentan dependencia severa, el 43,33% presentan dependencia moderada; de los cuales el 23,3% fueron hombres, el 36,66% de los adultos mayores son independientes, el grupo de edad que mostro mayor dependencia fue de 71 a 85 años, el 36,66% de los adultos mayores tenía depresión establecida y los pacientes con depresión eran moderadamente dependiente en un 63,6%. (27)

En Colombia, Segura Cardona y colaboradores en el año 2016, llevaron a cabo un estudio analítico transversal en una población urbana, el objetivo de este estudio fue explorar los factores demográficos de la salud y de la funcionalidad asociadas a la depresión en los adultos mayores. Se realizaron encuestas a 1514 adultos mayores de 60 años, utilizando la escala de depresión Yesavage, se encontró que el 12.9% tuvo síntomas de depresión, 72,4% de las mujeres tuvo síntomas depresivos, por lo que se observó una diferencia estadísticamente significativa con una mayor proporción de mujeres con síntomas de la depresión $p=0.030$, también se asoció los síntomas depresivos a los pacientes solteros ($p=0.006$) y la baja escolaridad ($p=0.000$), la depresión se asoció mayormente a los pacientes con mayor dependencia para realizar actividades como el baño ($p=0.022$), el uso del teléfono ($p=0.000$), la toma de sus medicamentos ($p=0.000$) y el manejo de asuntos económicos ($p=0.000$). (28)

Borbón Castro y cols., en Guaymas Sonora, en el año 2020, realizaron una investigación transversal, descriptiva, en una población de 40 adultos mayores de los 60 a los 89 años que estaban adscritos al centro cultural del INAPAM (Instituto Nacional para el Adulto Mayor), con el objetivo de evaluar la conducta de actividad física, capacidad funcional, apoyo social percibido y síntomas depresivos. En cuanto a las características sociodemográficas, se encontró que 57.1% fueron mujeres viudas, 65.7% se dedicaban al hogar de las cuales el 42% vivían con sus hijos, con escolaridad básica 60%, con dependencia económica 71.4%, el 51.4% tenían un nivel socioeconómico medio, padecían hipertensión 44% de las mujeres, 70% de los participantes eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria, el 25,7% tenían dependencia moderada, en cuanto a las actividades instrumentadas de la vida diaria el 33.3% tenían un grado de dependencia moderada, la mayoría de los pacientes eran autónomos con en un 65%,

cuando se evaluó la depresión el 33% de los adultos mayores hombres y 45.7% de las mujeres padecían depresión leve, no se encontró diferencias significativas ($p < 0.37$). (29)

En el 2021, en Santa Clara, por Jimenes Puig, una investigación en 69 ancianos pertenecientes a dos casas hogares, y a un consultorio de medicina familiar, para caracterizar la funcionalidad, depresión y ansiedad de estos, la mayoría de los adultos mayores tenían entre 71 y 80 años con un 40.6%, hubo una mayor frecuencia de hombres con un 53.6%, la mayoría tenía la secundaria básica con un 30.4% como grado máximo de estudios alcanzados, entre los resultados obtenidos se observó que 97% de los ancianos, eran independientes, y solo el 2.6% tenía incapacidad funcional moderada. En cuanto a los índices de depresión solo el 14,5%, mostraron depresión. (30)

Imaginario realizó un estudio transversal en el 2019, en Porto, Portugal, para conocer y analizar la capacidad funcional, así como el grado de dependencia de los ancianos en centros de atención a adultos mayores. En el participaron 313 adultos mayores, se utilizó una versión adaptada de la escala Lawton y Brody para evaluar las actividades instrumentadas de la vida diaria, En particular, fue en la actividad de autocuidado del "baño" donde los participantes mostraron el deterioro más grave con 48%., al relacionar la dependencia funcional con los perfiles de autocuidado, se observó que los pacientes con abandono son más independientes para realizar actividades básicas de la vida diaria, IC (11.57, 13.43). Los resultados mostraron diferencias significativas entre los grupos de perfiles de autocuidado, ya sea en su capacidad para realizar el ABVD $p \leq 0.01$ o en su capacidad para realizar la AIVD $p \leq 0,01$. (31)

Brunelle Moreira y cols en el año 2020, en Brasil realizaron un estudio de tipo observacional para conocer la prevalencia de la disminución de la capacidad funcional y los factores de riesgos asociados, el cual incluyó 406 ancianos, se evaluó la capacidad funcional con el instrumento de batería de rendimiento físico corto, y los síntomas depresivos con la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), una versión de 15 ítems traducida y adaptada para la población brasileña. Se encontró que la edad media fue de

70.5 años, el género que predominó fue el femenino con 62.1%, el estado civil de mayor frecuencia fue con pareja con 66.7%, con IMC de 27.8 (sobrepeso), Se determinó que las variables sociodemográficas mayormente asociadas a las características clínicas ($p < 0,05$) fueron la edad, sexo, escolaridad, estado civil, ingresos, comorbilidades, número de medicamentos, consumo de alcohol, nivel de actividad física, síntomas depresivos, salud auto percibida, fuerza de la empuñadura. Para los factores asociados a la capacidad funcional se observó la edad con una $p < 0.0001$ y presencia de síntomas depresivo con una $p < 0.0001$. (32)

Oliveira y cols. en el 2019 llevaron a cabo un estudio transversal, en una población de 115 adultos mayores en Coimbra, Portugal. La capacidad funcional se evaluó mediante el índice de Barthel y el índice de Lawton, las características sociodemográficas de este estudio fueron, predominio del género femenino en un 78.3%, el estado civil de mayor frecuencia fueron personas viudas en un 65.2%, 48.7% de los adultos mayores vivían solos, el 92.2% fueron pensionados, se encontró una diferencia significativa para la edad y la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria $p = 0.048$ y las actividades instrumentadas de la vida diaria $P = 0.002$, se encontró un incremento en la dificultad para las actividades instrumentadas a mayor edad, $p = 0.002$, las mujeres tuvieron una mayor dependencia para las ABVD $p = 0.064$, Al examinar la relación entre las habilidades funcionales y la convivencia, se encontró una asociación importante ($p = 0.009$), con un grado de dependencia mayor dependencia entre los participantes que viven con seres queridos y mayor autonomía en su vidas en los que vivían con un cónyuge. Al asociar el ejercicio físico se observó mayor independencia en aquellos ancianos que practicaban ejercicio físico tres o más veces por semana. $P = 0.035$. También se asoció que a mayor número de enfermedades crónicas hay más dependencia para las ABVD y AIVD ($p = 0,011$ y; $p = 0,004$) (33)

Idaiani y Indrawati, en el año 2018, en Indonesia, llevaron a cabo un estudio transversal con el objetivo de conocer la relación entre el estado funcional y la depresión en adultos mayores, las variables que se asociaron a depresión fueron el grupo etario de más de 90 años con 12% ($P = 0.001$), ser mujer en un 9.2% ($P = 0.001$), estar desempleado 10.1%

($P=0.001$) y el ser analfabeta 8.5% ($p=0.001$). Los adultos mayores que con dependencia funcional y severa se asocian a mayor depresión con ($P=0.001$). (34)

Pessin y colaboradores realizaron un estudio de cohorte del año 2009 al 2018 en Brasil, para conocer si la depresión, la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria y la reducción del apoyo social, se asocian con la mortalidad en ancianos nacidos en Italia, la edad media fue de 73 años, el sexo masculino $p=0.004$ y la edad se asociaron fuertemente con la mortalidad, 16% de ellos presentaron dependencia funcional y se asoció como causa de mortalidad ($p<0.001$)-, al correlacionar la depresión con la funcionalidad se encontró asociación con una ($p=0.001$) (35).

Moles julio y cols., realizaron un estudio transversal en el año 2015 en España con el objetivo de determinar la prevalencia de la depresión y los factores asociados, en 400 adultos mayores de 75 años, la edad media fue de 81 años, 78% fueron menores de 80 años, 78.2% vivían con su pareja, según el nivel de estudios, el 51,8% de las personas no estudió, 40% de las mujeres presentaban síntomas de depresión. Los adultos mayores que vivían solos presentaban más síntomas depresivos (26.6%) ($p=0.011$) el género femenino también se asoció a síntomas depresivos (69.9%) ($p=0.000$). (36)

En el año 2020, en Perú, Herrera Pérez y colaboradores, realizaron un estudio transversal y analítico en el cual se estudiaron a 160 adultos mayores en población abierta, cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de fragilidad y los factores asociados en adultos mayores, como resultado el 77% fueron mujeres con escolaridad primaria 48%, más del 80% vivían con algún familiar y presentaban al menos una comorbilidad, 36% de ellos presentaban depresión leve a moderada y se asoció la fragilidad con la dependencia funcional ($p < 0,001$). (37)

Rodríguez Vargas y colaboradores, en el año 2019, realizaron en Cuba un estudio, descriptivo, en 84 adultos mayores, en casas de asistencia para ancianos, para determinar la frecuencia de depresión en adultos mayores, los resultados que se obtuvieron fueron, que predominó el sexo masculino 53%, pertenecientes al grupo etario de 71 a 80 años, 38% tuvieron estudios a nivel primaria, solo 11% fueron universitarios, en este estudio el 100% de los adultos mayores eran totalmente funcionales para las

actividades de la vida diaria, 29% tuvieron depresión de los cuales más del 80% presentaban depresión leve. Casi el 60% eran viudos, y 63% vivían solos, 67% tenían alguna enfermedad crónica. En cuanto al grupo de los pacientes con depresión el sexo masculino fue el que presento más síntomas en comparación con las mujeres. (38)

Zenebe y cols., en el año 2020, en Etiopía, llevó a cabo un metaanálisis acerca de la prevalencia de la depresión, se seleccionaron 1263 artículos de manera aleatoria de bases de datos electrónicas y también de manera manual de diferentes partes del mundo, el total de adultos mayores fue de 57,486, la evaluación de la depresión fue con la escala geriátrica de depresión de 15 reactivos en 16 estudios, se encontró una prevalencia media de depresión del 31,74% (IC del 95%: 27,90 a 35,59). Dentro del mismo estudio se indagó la prevalencia de depresión por el nivel económico de cada país, aquí se encontró que la prevalencia es mayor en países en vías de desarrollo que en países desarrollados con el 40.8% vs el 17%. (39)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial está envejeciendo, debido al aumento de la esperanza de vida, de acuerdo a las cifras del censo de población y vivienda en el año 2021 en México 12 de cada 100 personas eran adultos mayores. Siguiendo esta tendencia para el año 2050, 23 de cada 100 personas serán adultos mayores. Esto significa que hay un número creciente de personas mayores que necesitan atención y apoyo en sus actividades diarias. (41) En un estudio con base al censo 2010, demostró que 2,078,540 adultos mayores, tenían alguna dependencia funcional, lo que equivale al 26% del total de esta población. La ENSANUT 2012 se encontró que el 26.8% tenían dificultad para las actividades básicas de la vida diaria y 24.6% tenían dificultad para las actividades instrumentadas de la vida diaria (42)

La dependencia funcional en el adulto mayor tiene un impacto significativo en su calidad de vida. A medida que las personas pasan por las diferentes etapas del ciclo vital, al llegar a la vejez aparecen miedos, debido a la pérdida progresiva de las funciones físicas. Al no poder realizar tareas básicas por sí mismas, su autonomía, dignidad y autoestima se ven afectadas. Estos factores, así como la pérdida de sus seres queridos, la jubilación y la adaptación a nuevas circunstancias, pueden aumentar el riesgo de padecer depresión. La depresión en el adulto mayor es un problema de salud mental que tiende a ser subestimado y mal diagnosticado. A menudo se asume erróneamente que la depresión es una parte inevitable del proceso de envejecimiento. Además, la falta de programas de intervención específicos y la escasez de recursos dirigidos a abordar esta problemática hacen que la atención integral de los adultos mayores con dependencia funcional y depresión sea limitada.

4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuál es el grado de dependencia funcional en los adultos mayores y su relación con depresión, en paciente que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No? 26 “Lic. Carlos Gálvez Betancourt”?

5. JUSTIFICACION

Con el envejecimiento de la población, los adultos mayores enfrentan crecientes desafíos de salud. La pérdida de independencia en las actividades cotidianas puede generar sentimientos de frustración e inutilidad, lo que aumenta el riesgo de desarrollar depresión. La medicina familiar se centra en la atención integral de los pacientes y considera no solo sus enfermedades físicas, sino también su bienestar emocional y mental. La depresión y la dependencia funcional a menudo coexisten en los adultos mayores. Comprender esta relación es esencial para proporcionar una atención médica más efectiva.

México, en el año 2018, la dependencia para las actividades de la vida diaria representa un gasto de 107% mayor, en comparación con los adultos no dependientes. La depresión no tratada en adultos mayores incrementa la morbilidad, mortalidad y el uso de servicios médicos. (40) No existe evidencia científica en el Estado de Guerrero, de algún estudio sobre la funcionalidad del adulto mayor, ni su asociación con la depresión. La Unidad de Medicina Familiar No. 26 “Lic. Carlos Gálvez Betancourt” recibe más de 26mil pacientes, es crucial diagnosticar la depresión tempranamente, ya que el tratamiento oportuno puede mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir complicaciones adicionales.

La presente investigación pretendió contribuir a identificar factores de riesgo de manera temprana en la relación entre dependencia funcional y la depresión de los derechos habientes para facilitar el desarrollo de estrategias preventivas y de tratamiento más efectivas. Los resultados obtenidos se difundieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 26 “Lic. Carlos Gálvez Betancourt” a fin de poder brindar en caso necesario capacitación por parte de la coordinación de investigación de salud para la atención de estos padecimientos.

6. OBJETIVO

Objetivos principales:

- Determinar el grado de dependencia de la funcionalidad en el adulto mayor y su asociación a la depresión que asisten a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 26 “Lic. Carlos Gálvez Betancourt”.

Objetivos específicos:

- Caracterizar los grados de dependencia funcional de los adultos mayores
- Conocer la frecuencia de depresión en los adultos mayores que asistan a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 26 “Lic. Carlos Gálvez Betancourt”
- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 26 “Lic. Carlos Gálvez Betancourt”

7. HIPOTESIS

Verdadera

- A mayor dependencia funcional en los adultos mayores existe asociación con depresión.
- La frecuencia de depresión en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No. 26 “Lic. Carlos Gálvez Betancourt” es del 25%.

Nula

- No existe asociación entre el grado de dependencia funcional y la depresión en los adultos mayores.
- La frecuencia de depresión en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No. 26 “Lic. Carlos Gálvez Betancourt” no es del 25%.

8. MATERIAL Y METODOS

Diseño de estudio:

Se efectuó un estudio observacional, transversal, analítico y prospectivo.

Ubicación espacio-temporal.

Unidad de Medicina Familiar No. 26 “Lic. Carlos Gálvez Betancourt” del Instituto Mexicano del Seguro Social. Inicio en enero 2024 y termino noviembre 2024.

Universo de trabajo.

Se utilizó una población total de 26 603 derechohabientes adultos mayores de 60 años y más.

Tipo de la muestra:

No probabilístico (se tomó al 100% de los pacientes que acudan durante el periodo propuesto)

Tamaño de muestra:

26,603 población de adultos mayores de 60 años y más en base a la base de datos de la Unidad de Medicina Familiar No. 26 “Lic. Carlos Gálvez Betancourt” hasta julio 2023.

Nivel de confianza:95%

Precisión: 5%

Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir): 20%

Tamaño de muestra: 244

El tamaño muestral ajustado a perdidas:

Proporción esperada de perdida: 15%

Muestra ajustada a las perdidas: 287

Para calcular el tamaño se muestra se utilizó la calculadora de la unidad de epidemiología clínica y bioestadística del complejo hospitalario universitario A. Coruña, autores: Beatriz López Calviño, Salvador Pita Fernández, Sonia Petera Diaz, Teresa Seoane Pillado.

Criterios de selección:

- Tener de 60 años o más.
- Ser derecho habiente del IMSS.
- Aceptar participar en el estudio con firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Tener menos de 60 años.
- No acepten firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que decidan retirarse del estudio.
- Los que no deseen participar.

Criterios de eliminación:

- Que padezcan algún trastorno mental.
- Que se encuentran bajo un tratamiento farmacológico por algún trastorno mental.
- Test menores del 80 por ciento de la totalidad de las respuestas.

Cuadro definición operativa de variables

	Nombre de variable	Tipo de variable	Concepto	indicador	Escala y códigos que se captan
Variable independiente:					
1	Capacidad Funcional	Cualitativa	El conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al adulto mayor la realización de las actividades de la vida diaria	Resultado del grado de dependencia evaluado con la Escala Barthel para clasificar el grado de dependencia funcional	<ol style="list-style-type: none"> 100: Independiente ≥ 60: Dependencia Leve 40-55: Dependencia Moderada 20-35: Dependencia Grave $5 < 20$: Dependencia Total
Variable dependiente:					
1.	Depresión	cualitativa	Trastorno mental que se caracteriza por una sensación de tristeza, pérdida de interés en actividades cotidianas, falta de energía y dificultad para concentrarse.	Presencia de síntomas depresivos	<ol style="list-style-type: none"> normal (0-4 puntos) síntomas depresivos (5-15 puntos)
Covariables:					
1	Edad	cuantitativa	Edad en años	Años cumplidos	Edad en números enteros
2	Sexo	cualitativa	Conjunto de características biológicas asignadas a hombres y mujeres	Identificación que hace el sujeto de su sexo	<ol style="list-style-type: none"> Masculino femenino
3	ocupación	cualitativa	Oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que está empleada o del tipo de estudio.	Lo ocupación que el paciente refiera al momento de la encuesta	<ol style="list-style-type: none"> Trabajador activo Jubilado Desempleado
4	IMC	Cuantitativa	Altura al cuadrado entre peso	Estado nutricional	<ol style="list-style-type: none"> < 18.5 (B) 19-25 (N) 26-30(s) > 30 (O)
5	Ejercicio físico	Cualitativa	es una actividad planificada, estructurada y repetitiva, cuyo fin es mantener y mejorar nuestra	Realizar un ejercicio físico	<ol style="list-style-type: none"> Si No

			forma física; entendiendo por forma física el nivel de energía y vitalidad que nos permite llevar a cabo las tareas cotidianas habituales		
6	Estado civil	Cualitativa	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Situación determinada por sus relaciones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
7	Escolaridad	Cualitativa	Período medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal	Nivel educativo alcanzado	<ol style="list-style-type: none"> 1. ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura 6. posgrado
8	Ocupación	cualitativa	Actividad habitual de una persona, tiene derecho a recibir una remuneración o salario	Empleo o trabajo que alguien ejerce	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajador activo 2. Jubilado 3. Desempleado
9	Cuidador primario	cualitativa	La cuidadora o el cuidador primario, es aquella persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de una persona que por sí misma no puede, papel que por lo general, es asumido por la esposa, esposo, hija, hijo, un familiar o alguien cercano a la o el paciente.	Lo que el paciente refiera al preguntarle quien lo cuida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
10	Número de miembros en la vivienda	cuantitativa	Cantidad de personas que habitan en un mismo hogar	El número de integrantes de la vivienda que indique el paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 2. 2 a 5 3. 6 a 10 4. Mas de 10

11	Tipo de familia	Cualitativa	Clasificación de la familia de acuerdo a los aspectos sociales, su composición y desarrollo	La tipología de familiar que refiera tener el paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuclear 2. Extensa 3. Mono parental 4. Compuesta 5. unipersonal
11	Enfermedades crónicas	cualitativa	procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente, rara vez alcanzan una curación completa	La enfermedad crónica que padezca el paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes Mellitus 2. Hipertensión Arterial 3. Obesidad 4. Dislipidemias 5. EPOC 6. 2 o mas 7. Ninguna 8. otras

Descripción general del estudio

Previa autorización del Comité local de Investigación 1102 del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Comité de Ética, se realizó un estudio transversal retrospectivo. El objeto de estudio fueron pacientes adultos mayores del área de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 26 “Lic. Carlos Gálvez Betancourt” del Instituto Mexicano del Seguro Social, el estudio se llevó a cabo durante los meses de enero a noviembre de 2024. Se llevaron a cabo dos cuestionarios uno para valorar la funcionalidad del adulto mayor y otro para valorar los síntomas depresivos. Se realizó la encuesta en la sala de espera de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 26 “Lic. Carlos Gálvez Betancourt”, previa autorización al director de la unidad médica, el cuestionario fue autocontestado con apoyo del encuestador si el paciente lo requería. Posteriormente la información obtenida se guardó en una base de datos para su custodia y se realizó el análisis.

Instrumento de recolección de información.

Se utilizaron dos instrumentos de medición previamente validados: El grado de Dependencia del adulto mayor se determinó mediante el índice de Barthel, propuesto en 1955 por los doctores Mahoney y Barthel, versión en español publicada en 1993 por Barrero, García y Ojeda, fue validado en español en la población mayor de 65 años de edad en el año 2017, la cual valora la dependencia funcional mediante 10 actividades básicas de la vida diaria, como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, control de la

defecación, control de la micción, ir al baño, traslado de la silla a la cama, deambulaci3n y uso de escaleras, las actividades se evalúan con una puntuaci3n del 0 al 15, obteniendo una puntuaci3n final que va de 0 a 100 puntos, siendo 100 puntos la escala m3xima de independencia y el 0 la escala m3xima de dependencia . Con una confiabilidad del Alpha Ordinal =0.98 y Omega ordinal =0.99. con una sensibilidad del 79,05% y una especificidad del 61,93% (43-44)

Para evaluar la depresi3n se utiliz3 la escala corta de depresi3n geri3trica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS-15), diseñada por Yesavage y sheikh en 1986, con una sensibilidad y especificidad de 97% y 85%, Alpha de Cronbach de 0.8. Consta de 15 reactivos de los cuales 10 indican sntomas depresivos cuando la respuesta es positiva y 5 reactivos indican sntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa, en cuanto a su interpretaci3n, se suman el total de puntos, rango normal es de 0 a 4 puntos y mayor a 5 puntos se traduce como presencia de sntomas depresivos. (45-46)

Organizaci3n de datos:

Los datos obtenidos se integraron en una base de datos con el programa SPSS 21 para su an3lisis estadstico.

An3lisis estadstico:

Con el programa de dominio p3blico SPSS se realiz3 la obtenci3n de frecuencias simples de las variables incluidas en el estudio (dependencia funcional, depresi3n, edad, genero, estado civil, escolaridad, vive con alguien, ocupaci3n, pensionado) Con el proceso Mantel-Haenszel se estim3 la raz3n de momios de frecuencia entre las variables explicativas (independiente) y la variable resultado (dependiente), nos ofreci3 una prueba de significancia estadstica (chi cuadrada MH) y nos permiti3 hacer un an3lisis multivariado donde en el modelo inicial se incluyeron las variables que alcanzaron significancia estadstica del an3lisis bivariado, eliminando una por una las que no mantengan significancia estadstica hasta quedar con el modelo final. Para el an3lisis bivariado de la dependencia funcional (variable independiente) con la depresi3n (variable dependiente), se descart3 una a una el resto de las variables (edad, genero, estado civil, escolaridad, vive con alguien, ocupaci3n, pensionado) incluidas en el estudio como potenciales factores de confusi3n con el procedimiento de Mantel-Haenszel.

9. PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS

Descripción	Cantidad	Horas por semana	Costo-hora (pesos)	Costo total-semana (pesos)	Semanas	Costo total (pesos)
Investigador responsable	1	15	00.00	00.00	48	00.00
Encuestador	1	5	90.00	450	28	12,600

MATERIAL FINANCIEROS

Recursos Materiales	Descripción	Cantidad	Costo unitario (pesos)	Costo Total (pesos)
	encuesta	350 piezas	5.00	\$1500
	Fotocopias	1500 piezas	0.50	\$750
	Impresiones	46 unidades	5	\$230
	Tabla de Apoyo	3 unidades	30.00	\$150
	Pluma	5 piezas	10.00	\$150
	Engrapadora	2 piezas	115	\$230
	Grapas	1 caja	50.00	\$50
	Laptop lenovo idea pad 1	1 pieza	6,500	\$6,500
	Corrector Líquido Pluma Office Depot 2 piezas	2	\$ 29.00	\$ 58.00
	Caja de Plástico para Archivo con Llave Carta Sablón Organifile / Negro	2	\$ 359.20	\$ 718.40
TOTAL				\$10,336.4

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Año	2023												2024								
	Actividad	Jun	Jul	Ago.	Sep.	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	oct	Nov	Dic	2025
	Elaboración del protocolo	R	R	R	R	R	R														
	Registro del proyecto							R													
	Aplicación de encuestas							R	R	R											
	Elaboración de base de datos										R	R	R	R							
	Captura de la información														R	R					
	Análisis estadístico																R	R			
	Presentación de resultados																			R	
	Difusión de resultados																				R

R: Realizado

P: pendiente

11. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se apegó al profesionalismo y ética médica y dentro del marco legal que establece el IMSS, así como leyes que rigen a los sistemas de salud:

a) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º. En el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

b) La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º. fracción VIII; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334; tipo de estudio I sin riesgo. (47)

c) El presente estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios de la Declaración De Helsinki en investigación biomédica adoptada por la 8va asamblea Médica Mundial,

Helsinki, Finlandia en junio de 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica mundial en Tokio, Japón, octubre 1975, la 35ª Asamblea Médica Mundial de Venecia, Italia, Octubre 1983, y la 41ª Asamblea médica Mundial Hong Kong, Septiembre 1989 y conforme reglamentos y regulaciones de la secretaría de Salud en materia de investigación clínica. (48)

d) El presente protocolo se apegó a lo establecido en el decálogo de principios de experimentación médica con seres humanos del Código Internacional de Ética, conocido como Código de Núremberg y por lo tanto se evitó todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño a las personas que se incluyeron en el estudio, las cuales lo hicieron sólo si estaban física y mentalmente aptas. (49)

e) De la misma forma se abordó de acuerdo a lo establecido en el informe Belmont, el cual fue elaborado en 1978 por la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical Research en los Estados Unidos, cuyos principios fundamentales son el respeto, la autonomía y la seguridad de las personas que se integraran en el estudio, de la misma forma el beneficio y la utilidad de este, es de beneficio para toda la sociedad en general. (50)

f) La investigación tiene apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y al procedimiento para la evaluación, registro, seguimiento, enmienda y cancelación de protocolos de investigación presentados ante el comité local de investigación en salud y el comité local de ética en investigación 2810-003-002 actualizado el 18 de octubre de 2018. (51)

El presente estudio fue revisado y aprobado por Comité local de Investigación 1102 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se le explicó a cada participante los objetivos del proyecto, así como la manera en que se llevó a cabo, de forma segura, y que en ningún momento se puso en riesgo su salud e integridad física ni moral ya que el trabajo fue de manera respetuosa y confidencial con los resultados obtenidos. Se contó con la carta de consentimiento informado para adultos de acuerdo a la normativa institucional vigente: Procedimiento para la Evaluación, Registro, Seguimiento, Enmienda y Cancelación De Protocolos De Investigación Presentados Ante El Comité Local de Investigación En Salud y el Comité Local de Ética en Investigación 2810-003-002.

12.RESULTADOS

Se aplicaron un total de 300 encuestas, de las cuales 13 de estas cumplieron con criterios de eliminación, quedando un total de 287.

Al analizar las variables sociodemográficas encontramos que la edad promedio fue de 70 años (DE \pm 6 IC 95%), con un rango de 60 a 93 años. Hubo un predominio en la población estudiada con 62% (178) de mujeres. Respecto a estado civil prevaleció ser casado con un de 55% (158). Mientras que para la escolaridad los resultados muestran solo el 2.8% (8) estudio alguna licenciatura. El resto de las variables se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los adultos mayores de la UMF 26.							
Variable	Media	Mediana	Máximo	Mínimo	Desviación estándar		
Edad (años)	70.6	70	93	60	\pm 6.6		
	n=287	%			n=287 %		
Sexo					Ocupación		
Femenino	178	62.0			Trabajador Activo	33	11.5
Masculino	109	38.0			jubilado	94	32.8
					Desempleado	160	55.7
Estado Civil					Actividad física		
Soltero	29	10.1			Si	59	20.6
Casado	158	55.1			No	228	79.4
Unión Libre	17	5.9			Cuenta con cuidador primario		
Divorciado	17	5.9			Si	253	88.2
Viudo	66	23.0			No	34	11.8
Escolaridad							
Analfabeta	42	14.6					
Primaria	82	28.6					
Primaria Incompleta	79	27.5					
Secundaria	41	14.3					
Secundaria Incompleta	17	5.9					
Bachillerato	9	3.1					
Bachillerato Incompleto	1	0.3					
Licenciatura	8	2.8					
Licenciatura Incompleta	3	1.0					
Otras	5	1.7					

La mayoría de los adultos mayores 73.1% (210) vive en tipos de familias más integradas (nuclear y extensa) es decir, aquellas que se componen por madre, padre, hasta 3 hijos y otros familiares. Por otro lado 24% (69) vive en configuraciones menos comunes, como monoparentales, compuestas o unipersonales. Los tipos de familia se describen en la **Tabla 2.**

Tabla 2. Tipología Familiar de los adultos mayores de la UMF N° 26		
Tipo de Familia	N=287	%
Nuclear	114	39.7
Nuclear Numerosa	8	2.8
Extensa	96	33.4
Monoparental	24	8.4
Compuesta	11	3.8
Unipersonal	34	11.8

En el contexto del estado nutricional de los participantes se encontró que cerca de 1 de cada 4 de los adultos mayores tenían un peso normal lo que corresponde a 23.7% (68) de los participantes, y por el contrario más del 75% (219) cursaban con sobre peso y algún grado de obesidad. En relación con las enfermedades crónicas, el 65.2% (187) de los participantes padece dos o más enfermedades, en particular, la diabetes y la hipertensión arterial. **Tabla 3.**

Tabla 3. Caracterización de variables clínicas de los adultos mayores de la UMF 26		
Variable	N=287	%
IMC		
Peso normal	68	23.7
Sobrepeso	134	46.7
Obesidad Grado I	70	24.4
Obesidad Grado II	14	4.9
Obesidad Grado III	1	0.3
Enfermedades crónicas		
Diabetes Mellitus	23	8.0
Hipertensión Arterial	39	13.6
Dislipidemia	3	1.0
2 o Mas	187	65.2*
Ninguna	16	5.6
Otras	19	6.6**

*HAS (162) 86.6%, DM (144) 77%, Obesidad (62) 31.1%, Dislipidemias (12) 6.4% ** Otras (64) 34%

La Tabla 4 presenta los datos sobre la capacidad funcional de los adultos mayores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No.26, se observó que 31,7% (91) de los participantes tenían algún grado de dependencia, de los cuales 92% tenían dependencia leve, mientras que solo 0,7% (2) tenían dependencia total, lo que indica que requieren asistencia completa para sus actividades diarias.

Tabla 4. Capacidad funcional de los adultos mayores de la UMF 26		
variable	n=287	Porcentaje (%)
Capacidad Funcional		
Independiente	196	68,3
Dependencia Leve	84	29,3
Dependencia Moderada	5	1,7
Dependencia Total	2	0,7

De los pacientes que tuvieron algún grado de dependencia funcional, las actividades que más dificultad presentaron fueron el control de orina con 57.1% (52) y el uso de escaleras con 56% (50) el resto se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Capacidad funcional por actividades del índice de Barthel

BAÑARSE	N=91	PORCENTAJE (%)
Sin ayuda	81	89.1%
Ayuda total	10	10.9%
VESTIRSE		
Sin ayuda	75	82.5%
Necesita alguna ayuda	10	11%
Ayuda total	6	6.5%
ASEO PERSONAL		
Sin ayuda	82	90.2%
Ayuda total	9	9.8%
USO DEL RETRETE		
Sin ayuda	84	92.3%
Necesita alguna ayuda	3	3.3%
Ayuda total	4	4.4%
USO DE ESCALERAS		
Sin ayuda	40	44%
Necesita alguna ayuda	38	41.8%
Ayuda total	13	14.2%
TRANSLADO CAMA-SILLÓN		
Sin ayuda	73	80.2%
Pequeña ayuda	10	11%
Gran ayuda	5	5.5%
Incapaz	3	3.3%
DESPLAZAMIENTO		
Sin ayuda	61	36.7%
Pequeña ayuda	22	24.2%
Independiente en silla de ruedas	6	6.7%
No camina solo	3	3.3%
CONTROL DE ORINA		
No presenta incontinencia	39	42.8%
Incontinencia ocasional	44	48.3%
Incontinente	8	8.8%
CONTROL DE HECES		

No presenta incontinencia	87	95.6%
Incontinencia ocasional	3	3.3%
Incontinente	1	1.1%
ALIMENTACIÓN		
No necesita ayuda	88	96.7%
Necesita ayuda	1	1%
Dependiente	2	2.3%

Se obtuvo que 67% (194) de los adultos mayores no experimentaban síntomas significativos de depresión, sin embargo, un 22% (63) presento un grado de depresión leve y solo 4.9% (14) tenían depresión grave. Los grados de depresión se muestran en la tabla 6.

Tabla 6. Depresión en los adultos mayores de la UMF 26		
Variables	N=287	Porcentaje (%)
Normal	194	67,6
Depresión Leve	63	22,0
Depresión Moderada	16	5,6
Depresión Grave	14	4,9

Para determinar la relación de la dependencia funcional y depresión en los adultos mayores de la UMF No. 26 se realizó un análisis bivariado, Los resultados muestran que los adultos mayores con dependencia tienen una probabilidad significativamente mayor de presentar depresión (OR=4.3, $p < 0.000$) IC 95% (2.54-7.40) al realizar el mismo análisis en algunas variables, se encontró asociación para aquellos que son jubilados o desempleados (OR = 3.9, $p = 0.013$) IC 95% (1.33-11.4), la falta de actividad física (OR = 3.2, $p = 0.002$) IC 95% (1.51-6.92) y tener una familia unipersonal (OR = 2.1, $p = 0.039$) IC 95% (1.03-4.50). Para el resto de las variables no se encontró asociación estadísticamente significativa. Tabla 7.

Tabla 7. Análisis bivariado de factores asociados a la depresión.					
	Con depresión	Sin depresión	OR	P	IC 95%
Capacidad funcional					
Dependiente	50	41	4.3	0.000	(2.54-7.40)
Independiente	43	153			
Sexo					
Mujer	66	27	1.7	0.031	(1.0-3.0)
Hombre	112	82			
IMC					
Normal	63	151	0.5	0.068	(0.34-1.03)
Sobrepeso y obesidad	30	43			
Estado civil					
Soltero/ viudo	42	68	1.5	0.100	(0.92-2.52)
Casado/unión libre	51	126			
Escolaridad					
Analfabeta/primaria	15	30	1.0	0.885	(0.53-2.06)
Secundaria/ superior	78	164			
Ocupación					
Jubilado, desempleado	89	165	3.9	0.013	(1.33-11.4)
Trabajador activo	4	29			
Enfermedades crónicas					
Si	90	180	2.3	0.192	(0.65-8.32)
No	3	14			
Actividad Física					
No	84	144	3.2	0.002	(1.51-6,92)
Si	9	50			
Cuidador primario					
No	11	23	0.9	0.992	(0.46-2.14)
Si	82	171			
Tipo de Familia					
Unipersonal	16	17	2.1	0.039	(1.03-4.50)
Mas miembros	77	177			

En relación a la capacidad funcional se realizó un análisis bivariado entre dependencia funcional con todas las variables incluidas en este estudio, encontramos únicamente asociación con la actividad física con una (OR= 2.3, P= 0.16) IC 95% (1.1-4.75).

13. DISCUSION

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el grado de dependencia de la funcionalidad en el adulto mayor y su asociación a la depresión que asisten a la consulta externa. De los 300 adultos mayores que participaron en este estudio se encontró que el 68.3% eran independientes, el 29.3% tenían dependencia leve, el 1.7% tenían dependencia moderada y solo el 0.7% presentaban dependencia total. Respecto a la frecuencia con la que se presenta depresión se evidenció que el 22% tenían depresión leve, el 5.6% tenían depresión moderada, y el 4,9% presentaban depresión grave. Se encontró asociación entre la dependencia funcional y a la depresión con un OR de 4.3, ($P < 0.005$) otros factores asociados fueron ser desempleado o jubilado, la falta de actividad física y el vivir en una familia unipersonal.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que los adultos mayores con dependencia funcional tienen una probabilidad significativamente mayor de presentar depresión ($p < 0.000$) lo que coincide con los resultados obtenidos por Jacinto-Atanacio y cols. en el año 2022, en Perú, donde se encontró que hay significancia estadística entre la dependencia funcional y depresión al tener como resultado una ($p=0.004$) (52). Runzer colmenares y cols. en el año 2017, en lima Perú, obtuvo asociación para ambas variables ($p=0.004$), este hallazgo refuerza la hipótesis de que la pérdida de autonomía está estrechamente vinculada con la aparición de trastornos depresivos en esta población. (23) Duran y cols., en Tamaulipas en el año 2020 también encontró asociación ($p=0.000$) lo cual es consistente con nuestro hallazgo, esto pudiera deberse a que la población de estudio tiene características similares al ser latina, y a que los adultos mayores estudiados fueron pacientes ambulatorios de consultorios familiares. (20)

Leitón Espinoza y cols., en Perú, en el 2020, encontraron que 83.4% eran independientes, seguido de la dependencia leve con un 10%, Grado de dependencia. (53) En el año 2020, Borbón castro, evaluó la capacidad funcional en un centro culturán de Guaymas, Sonora, el 68.2% eran independientes, el 25.7% tenían dependencia moderada y el 0% tenía dependencia total. (29) Jiménez Puig y cols., en el año 2020, realizó un estudio en adultos

mayores en Santa Clara, Cuba, se observa que el 97,1% eran dependientes, mientras que el 2,6%, presentaron incapacidad funcional moderada. (30) A pesar de que en el primer estudio se utilizó un instrumento de evaluación distinto los resultados obtenidos fueron similares al nuestro, en comparación al artículo realizado por Jiménez Puig los adultos mayores son más independientes, esto pudiera explicarse por el tamaño menor de la muestra y a que la población de estudio se tomó de casas hogares y adultos mayores que cursaban la universidad a diferencia de nuestra población que fueron únicamente pacientes ambulatorios de la consulta externa.

En cuanto al grado de depresión, encontramos que Segura y cols., realizó un estudio en 3 ciudades de Colombia, en el 2017, el cual encontró que el 83.6% de los adultos mayores evaluados no tenían depresión, el 12.9 % presentaron síntomas de depresión. (28) Agis Juárez y cols., en el año 2020, Hidalgo, México, obtuvo que el 88% presentaron depresión leve a moderada, mientras que el 12% fueron clasificados con depresión establecida. (54) En el estudio realizado por Tavera-Vilchis, en el estado de México, en el año 2020, en el cual se reporta que el 95% no tiene depresión mientras que solo el 5% tenían depresión.(55) Los estudios anteriores difieren del nuestro ya que se observa una mayor prevalencia en nuestra población de adultos mayores, esto pudiera ser debido a que los estudios se realizaron en población urbana abierta, y que en el último estudio los adultos mayores pertenecían a un programa de atención social para la salud.

Nuestras limitaciones fueron, la falta de claridad en la comunicación ya que algunos adultos mayores tenían dificultades auditivas, visuales o cognitivas que dificultaron la comprensión de las preguntas o la realización de las encuestas. La estigmatización de la depresión en los adultos mayores, lo que hizo que los participantes no se sintieran cómodos reportando síntomas de depresión. Al momento de firmar el consentimiento informado algunos adultos mayores no entendían o no sabían escribir, lo que requirió la intervención de familiares o tutores, lo que influyó en la toma de decisiones.

Nuestras fortalezas fueron identificar la ocurrencia de depresión en adultos mayores con seguridad social que son usuarios de una unidad de medicina familiar situada en zona conurbana, así mismo identificamos la salud mental de este grupo a través de una escala que evalúa la depresión, estableciendo que la salud mental es relevante para el grado de funcionalidad de la población geriátrica.

13. CONCLUSIÓN

Encontramos dependencia funcional en 3 de cada 10 adultos mayores que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 26 “Lic. Carlos Gálvez Betancourt” y se demostró que aquel que tiene dependencia tiene una probabilidad 4.3 veces mayor de presentar depresión en comparación con uno que no la tiene.

Estos resultados destacan la importancia como médicos familiares de realizar un enfoque integral en la atención del adulto mayor, que no solo aborde las necesidades físicas y funcionales, sino que también contemple aspectos psicológicos, promoviendo intervenciones que mejoren la calidad de vida y la salud mental de los pacientes. Haciendo uso de las estrategias educativas de promoción a la salud la UMF tales como pasas por la salud y envejecimiento saludable.

14. RECOMENDACIONES

Es fundamental que los médicos familiares implementen herramientas de evaluación específicas para identificar tanto la funcionalidad como los posibles signos de depresión en los adultos mayores. La aplicación de estas herramientas permitirá una detección temprana y oportuna de los factores que pueden afectar su calidad de vida.

En caso de identificar signos de dependencia funcional o depresión en el adulto mayor, se recomienda hacer uso de las diversas herramientas de apoyo disponibles en la unidad de medicina familiar. Entre ellas, destacan los servicios de medicina preventiva, trabajo social, nutrición, psicología y programas de envejecimiento saludable.

Fomentar un estilo de vida saludable en la población general desde edades tempranas, con el objetivo de reducir la dependencia funcional en la vejez y disminuir la predisposición a la depresión en la etapa geriátrica. Se deben promover hábitos como una alimentación balanceada, la actividad física regular, el manejo adecuado del estrés y la socialización, esto ayudará a mantener la funcionalidad física y mental, favoreciendo un envejecimiento activo y saludable.

15. CARTA DE NO INCONVENIENTE.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Órgano de operación Administrativa Desconcentrada Estatal Guerrero
Unidad De Medicina Familiar 26 "Lic. Carlos Gálvez Betancourt"
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud.

Asunto: Carta de No inconveniente

Acapulco, Guerrero a 19 de octubre de 2023

Dra. Magali Orea Flores

Presidente del Comité de Investigación en Salud 1101

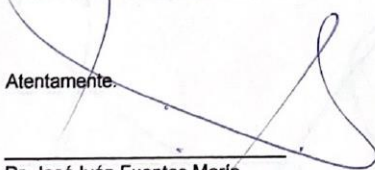
PRESENTE

Por este medio me permito manifestar que no existe inconveniente que en la Unidad de Medicina Familiar No. 26 se realice la ejecución del estudio de investigación que lleva por título: "Funcionalidad en el adulto mayor y su asociación a la depresión en la unidad de medicina familiar no. 26 Lic. Carlos Gálvez Betancourt". El protocolo está dirigido por el Dr. Arioth Ureña Martínez Investigador responsable adscrito a la Coordinación Clínica de salud en el de trabajo, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se otorga el permiso para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos: cedula sociodemográfica y de salud con índice de Barthel y la escala geriátrica de depresión GDS-15, en la muestra de población blanco que cumplan con los criterios de selección, con el fin de estimar el grado de dependencia funcional en los adultos mayores y conocer si presentan síntomas depresivos, lo cual generara conocimiento integral y valido que favorezca el diseño de estrategias que permitan mejorar la calidad de vida y detectar áreas de oportunidad en este grupo poblacional, los datos obtenidos servirán para determinar estadísticas descriptivas, prueba no paramétrica y análisis bivariado.

Se solicita la difusión de los resultados de la investigación al cuerpo de gobierno de esta unidad al término de la misma.

Atentamente,


Dr. José Iván Fuentes Marín
Director de la Unidad de Medicina Familiar No.26
OOAD Estatal Guerrero.

16. BIBLIOGRAFIA

1. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. [Internet]. Diario Oficial de la Federación. 2011 [citado 28 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-031-SSA3-2012.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra (Suiza); 2022 [Citado 28 de mayo del 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
3. Mena Roa M. Cerca del 10% de la población mundial tiene más de 65 años [Internet]. statista.com. 2022 [citado 29 mayo 2023]. Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/23071/poblacion-mayor-de-65-anos-como-porcentaje-de-la-poblacion-mundial-total/>
4. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad (datos nacionales). [Internet]. 2021;. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_PersDisca p21.pdf
5. Censo de población y vivienda 2020, presentación de resultados guerrero [Internet]. INEGI. 2020 [citado 29 mayo 2023]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020_pres_res_gro.pdf
6. Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 Jun [citado 2023 Dic 01]; 25(2): 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>.
7. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization.; 2015 [citado 28 mayo 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/186463>

8. Timonen, V., & Lolic, L. (2020). Dependency as Status: Older Adults' Presentations of Self as Recipients of Care. *SAGE Open*, 2020;10(4). <https://doi.org/10.1177/2158244020963590>
9. Bejines-Soto M, Velasco-Rodríguez R, García-Ortiz L, et al. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Rev Enferm IMSS*. 2015;23(1):9-15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
10. Agüero-Torres H, Fratiglioni L, Guo Z, Viitanen M, von Strauss E, Winblad B. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. *American Journal of Public Health*. 1998;88(10):1452–6. doi:10.2105/ajph.88.10.1452
11. Paredes-Arturo Y, Yarcé-Pinzón E. Desempeño funcional en un grupo de adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2019 [citado 25 junio 2023]; 34 (4) Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/379>
12. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Villalobos Dintrans P. Funcionalidad y personas mayores: ¿Dónde estamos y hacia dónde ir? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2022;46:1. doi:10.26633/rpsp.2022.34
13. Santoyo-Sánchez Gerardo, Reyes-Morales Hortensia. Necesidades de salud de personas mayores: un reto para la atención primaria de salud. *Gac. Méd. Méx* [revista en la Internet]. 2024 Jun [citado 2025 Mar 05]; 160(3): 249-256. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132024000300249&lng=es. Epub 18-Oct-2024. <https://doi.org/10.24875/gmm.24000070>.
14. Instituto Mexicano del Seguro Social, Diagnóstico y Tratamiento d Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Mayor en el Primer Nivel del adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. [Internet]. México, 2011. [Citado 28 de mayo del 2023]. Recuperado a partir de: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GER.pdf>
15. National institute of mental health, Las personas mayores y la depresión [Internet]. [citado 2023 Dec 1]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/la-s-personas-mayores-y-la-depresion/las-personas-mayores-y-la-depresion.pdf>

16. Jiménez-Maldonado M. E, Gallardo-Moreno G. B, Villaseñor-Cabrera T, González-Garrido A. A. La distimia en el contexto clínico. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2013;42(2):212-218. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629187008>
17. OMS Depresión [Internet]. Who.int. [citado el 5 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/depression>
18. 2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones [Internet]. secretaria de salud. 2022 [citado 27 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>.
19. Goñi N, Camara Izquierdo A, Garcia P. Factores de riesgo de depresión de inicio en la edad tardía del anciano: una revisión sistemática.. Psiquiatría Biológica. 2021 Marzo; 28(1).
20. Duran-Badillo T, Benitez Rodriguez V, Martinez , Luz mdl. Depression, anxiety, cognitive function, and functional dependence. Enfermeria Global. 2021 Enero;(1).
21. Laguado Jaimes Elveny, Camargo Hernández Katherine del Consuelo, Campo Torregroza Etilvia, Martín Carbonell Marta de la Caridad. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 2023 Jun 23]; 28(3): 135-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135&lng=es.
22. Calderón Masón Diego Fernando, Calderón suasnavas Gabriela Fernanda, Calderón Suasnava Vanessa Alexandra. Depresión asociada a condiciones sociales, familiares y dependencia física en un hospital de Quito. Cambios. 2021; 20(1).
23. Runzer-Colmenares FM, Castro G, Merino A, Torres-Mallma C, Diaz G, Perez C, Parodi JF. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. Horiz Med [Internet]. 19 de septiembre de 2017 [citado 23 de junio de 2023];17(3):50-7. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/668>

24. Singh K, Jaya PK, ubrata B, Trilochan BR, Barik PS. Associations of multimorbidity on frailty and dependence among an elderly rural population: Findings from the AHSETS study. *Mechanisms of Ageing and Development*. 2020 octubre;(1).
25. Basta M, Micheli K, Simos P, Ioannis Z, Panagiotakis S. Frequency and risk factors associated with depression in elderly visiting Primary Health Care (PHC) settings: Findings from the Cretan Aging Cohort. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2021 April; 4(1).
26. Baracaldo Campo Hendrik Adrian, Naranjo García Angie Sidney, Medina Vargas Viviana Andrea. Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander, Colombia). *Gerokomos* [Internet]. 2019 [citado 2023 Jun 23]; 30(4): 163-166. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400163&lng=es. Epub 03-Feb-2020.
27. Intriago MEA, Leones RMM, Zambrano RLB. Depresión y dependencia funcional en los adultos mayores del centro geriátrico “Futuro Social”. *Dominio Las Cienc* [Internet]. 2022 [citado el 11 de agosto de 2023];8(3):76. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8635253>
28. Segura-Cardona A, Hernández-Calle J, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A, Muñoz-Rodríguez D, Jaramillo-Arroyave D. Depresión en el adulto mayor: Un estudio en tres ciudades de Colombia. *Salud Uninorte* [Internet]. 2019;34(2):409–19. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v34n2/2011-7531-sun-34-02-409.pdf>
29. Borbón Castro NA, Castro-Zamora AA, De La Cruz-Ortega MF, Duarte-Félix H, Durazo-Terán LA, Estrada-Terán AA. Conducta de actividad física, capacidad funcional, apoyo social y síntomas depresivos de adultos mayores que residen en comunidad en el municipio de Guaymas, Sonora. *SINFRONTERA* [Internet]. 1 de junio de 2021 [citado 29 de julio de 2023];(33). Disponible en: <https://revistainvestigacionacademicasinfrontera.unison.mx/index.php/RDIASF/article/view/392>
30. Jiménez-Puig E, Fernández-Fleites Z, Broche-Pérez Y, León-Ramos JC, Rodríguez-Carvajal G, Rodríguez-Martín R, et al. Índices de capacidad funcional, ansiedad y depresión en una muestra de adultos mayores de Santa Clara. *Noved Poblac*

- [Internet]. 2021 [citado el 2 de agosto de 2023];17(33):223–44. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782021000100223
31. Imaginário C, Rocha M, Machado P, Antunes C, Martins T. Functional capacity and self-care profiles of older people in senior care homes. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2020 [citado el 2 de agosto de 2023];34(1):69–77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31149747/>
 32. Moreira LB, Silva SLA da, Castro AEF de, Lima SS, Estevam DO, Freitas FAS de, et al. Factores asociados a capacidad funcional de idosos adscritos à Estrategia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 [citado el 11 de agosto de 2023];25(6):2041–50. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DG6QmNKd64TwqDkbRJ5Ysng/?lang=pt>
 33. Oliveira A, Nossa P, Mota-Pinto A. Assessing functional capacity and factors determining functional decline in the elderly: A cross-sectional study. *Acta Med Port* [Internet]. 2019 [citado el 2 de agosto de 2023];32(10):654–60. Disponible en: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11974>
 34. Idaiani S, Indrawati L. Functional status in relation to depression among elderly individuals in Indonesia: a cross-sectional analysis of the Indonesian National Health Survey 2018 among elderly individuals. *BMC Public Health* [Internet]. 2021;21(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-021-12260-z>
 35. Pessin E, Fuchs SC, Bruscatto NM, Fuchs FC, Moriguchi EH. Mortality was predicted by depression and functional dependence in a cohort of elderly adults of Italian descent from southern Brazil. *Sci Rep* [Internet]. 2023 [citado el 22 de octubre de 2023];13(1):1–8. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-32617-1>
 36. Molés Julio María Pilar, Esteve Clavero Aurora, Lucas Miralles María Vicenta, Folch Ayora Ana. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enferm. glob.* [Internet]. 2019 [citado 07 Agosto 2023];18(55):58-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412019000300003&lng=es. Epub 21-Oct-2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>.
 37. Herrera- Pérez D, Soriano Moreno AN, Rodrigo Gallardo P katterine. Prevalencia del síndrome de fragilidad y factores asociados en adultos mayores . *Revista Cubana de*

- Medicina General Integral. [Internet]. 2020 [citado 27 noviembre 2023];36. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000200008
38. Rodríguez-Vargas M, Pérez-Sánchez L, Marrero-Pérez Y, Rodríguez-Ricardo A, Pérez-Solís D, Peña-Castillo Y. Depresión en la tercera edad. Arch méd Camagüey [Internet]. 2022 [citado 27 noviembre 2025]; 26 . Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8459>
39. Zenebe Y, Akele B, W/Selassie M, Necho M. Prevalence and determinants of depression among old age: A systematic review and meta-analysis. Annals of General Psychiatry. 2021;20(1). doi:10.1186/s12991-021-00375-x
40. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Torres Mussot I, Montañez-Hernández JC. Out-of-pocket healthcare expenditures in dependent older adults: Results from an economic evaluation study in Mexico. Front Public Health [Internet]. 2020;8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2020.00329>
41. INEGI. (2021). Censo de Población y Vivienda 2020: síntesis metodológica y conceptual. Obtenido de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197537.pdf
42. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
43. Duarte-Ayala Rocío Elizabeth, Velasco-Rojano Ángel Eduardo. Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. Horiz. sanitario [revista en la Internet]. 2022 Abr [citado 2023 Oct 21]; 21(1): 113-120. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592022000100113&lng=es. Epub 26-Mayo-2023. <https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4519>.
44. González N, Bilbao A, Forjaz MJ, Ayala A, Orive M, Garcia-Gutierrez S, et al. Psychometric characteristics of the Spanish version of the Barthel index. Aging Clinical and Experimental Research. 2017;30(5):489–97. doi:10.1007/s40520-017-0809-5

45. Méndez Chacón E, Evaluación psicométrica de la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos: Estudios SABE y CRELES. Interdisciplinaria [Internet]. 2021; 38(2):103-115. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18066677007>
46. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. J Psychiatr Res [Internet]. 1982 [citado el 22 de octubre de 2023];17(1):37–49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7183759/>
47. Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud. México. Editorial SISTA S.A. de C.V. 2 de febrero de 2010. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/ley_general_de_salud.pdf
48. Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013; 310(20):2191-2194. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principioseticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos>.
49. Vollmann J, Winau R. Nuremberg code [Internet]. BMJ. 2019; 313: 1445-1447. [Consultado en julio 2023] Disponible en: <https://www.bmj.com/content/313/7070/1445.short>
50. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral research. The Belmont Report Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. U.S: 1979 [Consultado en julio 2023]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/informe-belmont-spanish.pdf>
51. NOM-012-SSA3-2012 (2012). Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Diario Oficial de la Federación. [Consultado en julio 2023]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0
52. _Jacinto-Atanacio HG, Tresierra-Ayala MA, Espinola-Sánchez MA, Díaz-Reátegui M. Dependencia del adulto mayor como factor de riesgo para desarrollar depresión en adultos mayores. Rev. Med. Vallejana 2022; 11(2): 79-91. DOI: <https://doi.org/10.18050/revistamedicavallejana.v11i2.06>

53. Leiton Z, Fajardo E, López Á, Villa M. Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. *Revista SUN*. 2020;36(1):97-112.doi:10.14482/sun.36.1.618.97.
54. Agis Juárez RA, López Romero D, Bermúdez Morales VH, Maya Pérez E, Guzmán Olea E. Frecuencia de sintomatología depresiva y tratamiento en adultos mayores con acceso a servicios de salud. *Horizonte Sanitario*. 2020;19(3):1-10. doi:10.19136/hs.a19n3.3786.
55. Tavera-Vilchis MA, Blanco-Trejo W. Prevalencia de depresión en adultos mayores adscritos a un programa de atención social a la salud. *Aten Fam*. 2022;29(3):186-190. doi:10.22201/fm.14058871p.2022.3.82838.

17. ANEXOS.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación en salud
(adultos)**

Acapulco, Gro. de del 2024

No. de registro institucional: __R-2024-1102-008__

Título del protocolo: "Funcionalidad en el adulto mayor y su asociación a la depresión en la Unidad de Medicina Familiar 26 "Lic. Carlos Gálvez Betancourt"

Justificación y objetivo de la investigación: Este estudio servirá para medir el grado de dependencia funcional y su asociación con la depresión de los adultos mayores.

Procedimientos y duración de la investigación: Se le hará un cuestionario sobre funcionalidad familiar y otro sobre depresión que le tomará 20 minutos de su tiempo aproximadamente.

Riesgos y molestias: Interrupción de las actividades laborales para responder el cuestionario.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación: Conocimiento sobre el tema de dependencia funcional y depresión, posibles cambios en programas de vigilancia a la salud mental y organización de trabajo.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se le canalizará al servicio de psicología de su unidad médica correspondiente a los participantes en caso de que presenten síntomas de depresión.

Participación o retiro: Usted es libre de decidir si participa en este estudio y podrá retirarse del mismo en el momento que lo desee.

Privacidad y confidencialidad: Sus datos personales serán codificados y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los Investigadores de este estudio o, en su caso, de estudios futuros.

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

Investigadora o Investigador Responsable: Grecia Cortés Molina

Teléfono y horario: 744-439-5971

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Dr. Arioth Ureña Martínez Especialidad en Medicina del Trabajo Área de adscripción: Coordinación Clínica de salud en el de trabajo: Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” Tel: 4455369 ext. 51310 arioth.urena@imss.gob.mx

Grecia Cortés Molina, Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 26 Lic. Carlos Gálvez Betancourt, Mat. 9912 Blvd. Vicente Guerrero Saldaña S/N entre calle 2 y 10, C.P. 39700, Col. Emiliano Zapata, Acapulco, Gro. Tel: (744) 4412710 Ext. 51496 Correo electrónico: greciacortes_2@hotmail.com

Declaración de consentimiento:

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

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

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2



INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN “FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y SU ASOCIACION A LA DEPRESION EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 26 LIC CARLOS GALVEZ BETANCOURT”

1. CUESTIONARIO DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD.

Por favor, lea con atención cada uno de los puntos en esta cedula y después describa o marque con un círculo el número correspondiente según sea el caso.

Fecha:		Folio:		
Edad:		Peso:	talla:	IMC:
sexo: a) Masculino b) Femenino				
Estado civil: a) Soltero/a b) Casado/a c) Unión libre d) Divorciado/a o separado/a e) Viudo/a				
Nivel de instrucción: a) Ninguno b) Primaria Completa c) Primaria Incompleta d) Secundaria Completa		e) Secundaria Incompleta f) Bachillerato Completo g) Bachillerato Incompleto h) Licenciatura Completa i) Licenciatura Incompleta j) Otro (especificar):		
Ocupación a) Trabajador activo b) Jubilado c) 3. Desempleado				
Padece enfermedades crónicas: a) Diabetes Mellitus b) Hipertensión Arterial c) Obesidad d) Dislipidemias e) EPOC f) 2 o mas g) Ninguna h) otras				
Realiza actividad física: 1. Si 2. No				
Numero de miembros de la vivienda:				
Cuidador primario: ¿Usted cuenta con un familiar que este encargado de cuidar y supervisar su bienestar? 1.si 2. No				
Tipo de Familia: ¿Quiénes integran su familia? a) Nuclear: hombre y mujer con 1 hijo b) Nuclear numerosa: hombre y mujer con 4 hijos o mas c) Extensa: padre y madre con hijos mas otras personas con parentesco d) Mono parental: padre o madre con hijos e) Compuesta: padre y madre con hijos mas otras personas con o sin parentesco f) Unipersonal: una sola persona				



INDICE DE BARTHEL

Instrucciones: Por favor marque con "X" la respuesta de acuerdo a su consideración.
En caso de que surja dudas favor de preguntar.

BAÑARSE/ DUCHARSE	VALOR
a) Se baña completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin ayuda, ni ser supervisado.	5
b) Necesita ayuda o supervisión	0
VESTIRSE	
a) Capaz de ponerse y quitarse la ropa, amarrarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos sin necesitar ayuda	10
b) Necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable sin ayuda.	5
c) Necesita ayuda para la mayoría de las tareas	0
ASEO PERSONAL	
a) Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, lavarse los dientes, maquillarse y afeitarse.	5
b) Necesita alguna ayuda para alguna de estas actividades.	0
USO DEL RETRETE (TAZA DE BAÑO)	
a) Usa el retrete o taza de baño. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.	10
b) Necesita ayuda para mantener el equilibrio sentado, limpiarse, ponerse o quitarse la ropa.	5
c) Necesita ayuda completa para el uso del retrete o taza de baño.	0
USO DE ESCALERAS	
a) Sube o baja escaleras sin supervisión, puede utilizar el barandal o bastón si lo necesita.	10
b) Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.	5
c) Es incapaz de subir y bajar escaleras, requiere de ascensor o de ayuda completa	0
TRANSLADO CAMA-SILLÓN	
a) Si usa silla de ruedas se traslada a la cama independientemente.	15
b) Incluye supervisión o una pequeña ayuda para el traslado.	10
c) Requiere de una gran ayuda para el traslado (de una persona fuerte o entrenada), es capaz de permanecer sentado sin ayuda.	5
d) Requiere de 2 personas o una grúa de transporte, es incapaz de permanecer sentado.	0
DESPLAZAMIENTO	
a) Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto un andador. Si utiliza prótesis ponérsela y quitársela solo.	15
b) Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión por otras persona (física o verbal), o utilizar andador	10

c) Independiente en silla de ruedas. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros sin ayuda ni supervisión.	5
d) No camina solo o no propulsa su silla solo.	0
CONTROL DE ORINA	
a) No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, es capaz de atender solo su cuidado.	10
b) Incontinencia ocasional, Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.	5
c) Incontinente. Episodios de incontinencia con frecuencia más de una vez en 24 horas. Incapaz de manejar solo con la sonda o colector	0
CONTROL DE HECES	
a) Continente. No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se los administra solo.	10
b) Incontinencia ocasional. Episodios ocasionales una vez por semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios.	5
c) Incontinente. Más de un episodio por semana	0
ALIMENTACIÓN	
a) Independiente. Capaz de utilizar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada o servida por otra persona	10
b) Ayuda. Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo.	5
c) Dependiente. Depende de otra persona para comer	0

Resultado: ____/100pts

INTERPRETACION:

100: Independiente

>= 60: Dependencia Leve

40-55: Dependencia Moderada

20-35: Dependencia Grave

<20: Dependencia Total



ESCALA GERIATRICA DE DEPRESION DE 15 ITEMS

Instrucciones: la siguiente escala es para evaluar su estado de ánimo, por favor marque con una "x" si o no, según como se ha sentido durante la última semana.

1. ¿En general, está satisfecho con su vida?	Si (0)	No (1)
2. ¿Has abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si (1)	No (0)
3. ¿siente que su vida está vacía?	Si (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido?	Si (1)	No (0)
5. ¿se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si (0)	No (1)
6. ¿teme que algo pueda ocurrirle?	Si (1)	No (0)
7. ¿se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si (0)	No (0)
8. ¿con frecuencia se siente desamparado o desprotegido?	Si (1)	No (0)
9. ¿prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si (1)	Si (1)
10. ¿cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si (1)	No (0)
11. ¿en estos momentos, piensas que es estupendo estar vivo?	Si (0)	No (1)
12. ¿actualmente se siente un (a) inútil?	Si (1)	No (0)
13. ¿se siente lleno (a) de energía?	Si (0)	No (1)
14. ¿se siente sin esperanza en este momento?	Si (1)	No (0)
15. ¿piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si (1)	No (0)

Resultado: ____/15pts

INTERPRETACION:

0-4 puntos: **Normal**

5- 8 puntos: **Presencia de síntomas depresivos leves**

9-10 puntos: **Presencia de síntomas depresivos moderados**

11-15 puntos: **Presencia de síntomas depresivos grave**