



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN CHIHUAHUA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33



Depresión y factores bio-psicosociales en adultos mayores con depresión, en una UMF primer nivel en Cd. Chihuahua, de marzo del 2015 a Julio de 2017.

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dr. Acosta Ortega Francisco Hernán

Curso de Especialización en Medicina familiar para Médicos Generales
Del IMSS

Asesores:

Dra. Solorio Páez Isis Claudia

Dra. Virginia Márquez Rosales

Chihuahua, Chih.

Julio, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 802
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 15/10/2015

DR. FRANCISCO HERNAN ACOSTA ORTEGA

P R E S E N T E

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

Depresión y factores bio-psicosociales en adultos mayores con depresión, en una UMF de primer nivel en Cd. Chihuahua, de marzo del 2015 a julio de 2017

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

Núm. de Registro
R-2015-802-38

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRES JUAREZ AHUMADA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN CHIHUAHUA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33



Depresión y factores bio-psicosociales en adultos mayores con depresión, en una UMF primer nivel en Cd. Chihuahua, de marzo del 2015 a Julio de 2017.

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

Autorizaciones:

Dr. Humberto Campos Favela
Coordinador de Planeación y enlace
Institucional delegación Chihuahua.

Dr. René Alberto Gámez Gardea
Coordinador Auxiliar Médico de
Investigación en salud.

Dra. Alma Aceves García
Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud delegación Chihuahua.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN CHIHUAHUA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33



Depresión y factores bio-psicosociales en adultos mayores con depresión, en una UMF primer nivel en Cd. Chihuahua, de marzo del 2015 a Julio de 2017.

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

Autorizaciones:

Dra. Ana Marlene Rivas Gómez
Coordinadora Clínica de Educación
e investigación en Salud UMF 33.

Dra. Nayeli Limón García
Profesora Titular del Curso de Especialización
en Medicina Familiar para Médicos
Generales de base IMSS.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN CHIHUAHUA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33



Depresión y factores Bio-psicosociales en adultos mayores con depresión, en una UMF primer nivel en Cd. Chihuahua, de marzo del 2015 a Julio de 2017.

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

Autorizaciones:

Dra. Solorio Páez Isis Claudia
Epidemióloga Clínico UMF #48

Dra. Virginia Márquez Rosales
Jefatura Clínica UMF #2

AGRADECIMIENTOS

El proceso de esta Tesis ha sido un esfuerzo en el cual participaron distintas personas apoyando, corrigiendo, dando ánimo y paciencia; acompañado de momentos críticos que se volvieron oportunidades para continuar sin rendirme, así como momentos de alegría que me ayudaron a no desistir, permitiendo desarrollar mi capacidad al máximo, transmitiéndola en cada una de las aéreas que necesitaba para poder superar los límites que se presentaron.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la División de Posgrado Subdivisión de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México, quien fue el apoyo incondicional para que esta se haya desarrollado en su forma, así como en el proceso de la misma, encausando los proyectos, desarrollando cada una de las aptitudes dándome la oportunidad a desenvolver los conocimientos adquiridos a un bienestar común, el cual es necesario para poder encaminar a una causa justa. A mis maestros quienes fueron mi principal soporte de acuerdo a su instrucción y dedicación en la enseñanza, que se encargaron de formar y manejar la información, conocimientos y experiencia obtenida plasmando con cada uno a mis pacientes quienes son los principales actores en mi deber como médico, así como en el estudio de esta Tesis.

A mi familia, mi esposa y mis hijas, quienes amo y siempre comprenden mi profesión, las ausencias que tuve, concentrando y dedicando el tiempo de la mejor manera para realizar esta Tesis, las largas horas de trabajo que me dedicaron con amor, paciencia, lealtad y apoyo incondicional que sin él no obtendría la fuerza para seguir adelante.

A mi madre y mi padre, quienes me han formado con gran ejemplo de tenacidad y fuerza para realizar todo lo que se proponen, las enseñanzas de mi mejor maestra mi madre y el mejor ejemplo que ha forjado en la vida, mi padre.

A mis hermanos, quienes son mis cómplices en esta vida, siempre brindando su apoyo, que aun a pesar de ser menores me han dado experiencias maravillosas, grandes lecciones y oportunidades de crecer.

A mis compañeros, quienes son parte de este proyecto que hoy se completa y se concreta de una manera satisfactoria, aportando grandes conocimientos con su trabajo en equipo, con su amistad, con su gran capacidad de desempeñar su trabajo como médicos, su compañía que fue de gran ayuda en los momentos difíciles a cada uno de ellos un especial reconocimiento y mi más sincera admiración.

A cada uno de los que colaboraron directa o indirectamente para la realización de esta tesis que es importante en la formación de mi carácter y la capacidad con mi profesión, quien me ayudara a desempeñar la forma en la que me conduciré con mis pacientes y mis colegas en esta carrera que es la vida médica y que amo tanto.

Las fuerzas naturales que se encuentran dentro de nosotros son las que verdaderamente curan las enfermedades.-Hipócrates.

INDICE

Portada	I
Autorizaciones	II
Asesores	III
Dictamen de Autorización de Tesis	IV
Agradecimientos	V
Índice	VI
Resumen	VII
I. Introducción	1
II. Marco teórico	10
2.1 Definición del envejecimiento	10
2.2 Calidad del envejecimiento	11
2.3 Definición de depresión	12
2.4 Situación epidemiológica de la depresión	13
2.5 Depresión diagnóstico y tipos de clasificación	14
2.6 Depresión del adulto	15
III. Justificación	16
IV. Planteamiento del Problema	18
V. Objetivos	19
5.1 Objetivo general	19
5.2 Objetivos específicos	19
VI. Material y Métodos	20
6.1 Diseño o tipo de estudio	20
6.2 Lugar de estudio	20
6.3 Tiempo de estudio	20
6.4 Población de estudios	20
6.5 Criterios de selección	20
6.5.1 Criterios de inclusión	20
6.5.2 Criterios de exclusión	20
6.5.3 Criterios de eliminación	21

6.6	Calculo del tamaño de la muestra	21
6.7	Técnica de recolección de datos	21
6.8	Instrumento de recolección de datos	21
6.9	Fuentes de información	22
6.10	Análisis de la información	22
6.11	Plan del procesamiento y análisis de datos	22
6.12	Operacionalización de Variables	23
6.12.1	Variable dependiente	23
6.12.2	Variables independientes	24
6.13	Recursos humanos físicos y financieros	33
6.14	Consideraciones éticas	34
VII.	Resultados	35
7.1	Análisis Univariado	35
7.2	Análisis Bivariado	46
VIII.	Discusión	48
IX.	Conclusiones	54
X.	Recomendaciones y imitaciones	57
10.1	Recomendaciones	57
10.2	Limitaciones	57
XI.	Referencias Bibliográficas	59
Anexos		64
Anexo 1:	Carta de Consentimiento Informado	64
Anexo 2:	Encuesta	65
Anexo 3:	Cronograma de actividades	73

RESUMEN

Depresión y factores bio-psicosociales en adultos mayores con depresión, en una Unidad de Medicina Familiar #2 en la Cd. Chihuahua, Chihuahua de Septiembre de 2015 a julio de 2017

Autores: Acosta Ortega Francisco Hernán (Alumno), Solorio Páez Isis Claudia, Márquez Rosales Virginia (Asesores).

Introducción: Reconocer el grado de depresión y los factores bio-psicosociales en un paciente adulto mayor ya que estos pueden afectar en la calidad de vida y en su apego a tratamientos médicos se realiza este estudio con la intención de determinar los factores bio-psicosociales asociados.

Objetivo General: Se determinó grado de depresión y los factores bio-psicosociales asociados en adultos mayores con depresión, en la Unidad de Medicina Familiar # 2 del IMSS en la Cd. De Chihuahua, Chihuahua de Septiembre de 2015 a Julio 2017

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo en adultos mayores de 65 adscritos a la UMF #2 en el periodo de Septiembre 2015 a Julio 2017. Con un cálculo de muestra de 196 con un 95% de confiabilidad. Se incluyó adultos con diagnóstico previo de depresión por médico tratante y se analizaron los factores bio-psicosociales relacionados con depresión. Se utilizó una encuesta que incluye aspectos socio-demográficos, familiares, económicos y escala de Yesavage para determinar el grado de depresión, los datos obtenidos se procesaron en una base de datos que se trabajó en el programa (SPSS), de donde se obtuvo tablas, gráficos con cruces de variables dependientes e independientes para correlacionar el grado de depresión y factores psicosociales.

Resultados: Se realiza análisis univariado correlacionando presencia de depresión con diferentes variables socio demográficas y factores bio-psicosociales de los cuales se encuentra que: los adultos mayores que cuentan con un ingreso menor a 76 pesos diarios tienen el riesgo de padecer depresión hasta 8 veces más que los que tienen un ingreso más alto con IC 95% (5.50-14.28) y valor de p .000, mientras que una vivienda en mal estado otorga un riesgo hasta de 7 veces a depresión a diferencia de aquellos que su vivienda es de regular buenas condiciones con un IC 95% (4.60-10.34) valor de p .000, las malas condiciones higiénicas en el adulto mayor tienen relación como factor de riesgo de depresión hasta 6 veces el riesgo con un IC 95% (4.10-8.52) valor de p .000, las malas condiciones de la habitación otorga hasta 6 veces el riesgo de depresión con un IC 95 % (3.91-7.84) valor de p .000, la mala organización de la habitación otorga 7 veces el riesgo IC 95 % (4.46-9.81) valor de p .000, los adultos mayores con bajo apoyo social otorga hasta 14 veces el riesgo a depresión con un IC 95% (7.51-26.48) valor de p .000.

Palabras claves: Adultos mayores, factores bio-psicosociales, depresión, escala de Yesavage.

Conclusión: Se concluyo que la depresión en adulto mayor esta influenciada por diversos factores bio-psicosociales, los que influyen directamente; sin embargo hay unos factores determinantes que son de vital importancia afectándolo esto en base a nuestro estudio.

INTRODUCCION

La dignidad de la vida, por ser un adjetivo propio de la vida en sí, es inherente a ella y abarca aspectos que van más allá de la mera calidad que solo considera una temporabilidad determinada y no la historia completa de la persona y su entorno afectivo. De acuerdo a eso, el ser humano mientras sea persona es de existir y nadie puede ni siquiera el mismo, decidir acerca de la continuación o no de su propia existencia.

A la ética médica le interesa la idea de la dignidad de la vida, especialmente en lo que atañe a la relación médico-paciente; es indispensable tenerla presente al decidir entre la vida y la muerte en situaciones en que la vida no puede prolongarse indefinidamente y en cualquier condición; esto es, cuando ha perdido su dignidad intrínseca.¹

Por ello es importante señalar y destacar que la vida digna es indispensable para toda persona, pues su equilibrio radica en este ambiente saludable. Los aspectos que influyen de manera directa o indirecta a desestabilizar este entorno, llegan a trascender en su estado no solo emocional sino en su salud, llevándolos a una depresión. Este estudio va enfocado a detectar el índice de esta problemática para su valoración, no solo médica, sino como un asunto social, que radica precisamente en ese núcleo, como es su entorno familiar.

Haciendo referencia a varios aspectos del envejecimiento y la sociedad:

- El envejecimiento es una condición de actividad, es considerado el adulto mayor como menos activo en función de productividad ya que no realiza las mismas

funciones o con la misma energía que un joven- adulto, que cumple con la edad estandarizada por la sociedad para ejercer esta actividad en el entorno laboral.

- La sociedad como parte evolutiva para el progreso de la misma, se enfoca a las necesidades básicas de cada individuo como lo es ser productivo y eficaz para desempeñar cualquier actividad que le permita al ser humano, ser autosuficiente, por ello cabe hacer mención que en la etapa de envejecimiento no es factible para el individuo valerse por el mismo, pues dependerá de las condiciones y factores externas en su entorno ya sea familiar o social.
- El desempeño de tareas que podrían realizar un adulto mayor, está directamente condicionado, ya que puede ser considerado como inutilidad de los adultos mayores, por su condición, sin embargo, pues no son considerados para realizar trabajos que los jóvenes pueden realizar mejor. Esto afecta directamente en la mentalidad de los adultos mayores quienes no por su condición pudieran realizar estas actividades, pero si por su edad no los dejan desempeñarlas, claro esto es en función de un empleo temporal-permanente, pues para alcanzar este empleo permanente es necesario cumplir con esta condición de la edad².

“Las actitudes ante la ancianidad están socialmente condicionadas, y solo son comprensibles dentro de la propia estructura social”³.

Cabe hacer mención que en México las condiciones de trabajo son enfocadas a la estructura social, determinada por los tabuladores programados para contratación y desempeño de un trabajo a realizar.

Así mismo, el envejecimiento puede considerarse un grupo generacional de edad avanzada, quien se estimula a realizar otras actividades dependiendo de su edad y condición, determinando un factor impuesto por la misma sociedad para determinar su actividad en el ámbito laboral, predisponiendo al adulto mayor a una inactividad.

Las personas mayores sufren de un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que repercuta en el estado de su cognición, y este riesgo aumenta cuando las condiciones ambientales sociales son poco estimulantes².

La estimulación social del anciano ha ido cambiando a lo largo de la historia. Esta estimación ha ido decreciendo con el paso del tiempo, de modo que fue inmensa en las culturas primitivas y, en la historia de la cultura occidental existe un evidente desplazamiento de la estimación hacia la juventud, para ofrecerle como sociedad una mejor calidad de vida al anciano, siendo este un medio referente de información para el joven, respetándolo en la jerarquía y conocimiento. Sin embargo, hoy en la actualidad nos encontramos con diversos estímulos informáticos que nos permiten obtener conocimiento no solo de los ancestros, sino de una globalización de información mundial, que nos permite conocer varias opiniones y varios conocimientos.

De ahí la importancia de tomar la psicoestimulación cognitiva como un proceso de mejoramiento en la calidad de vida de los adultos mayores a las cuales se les aplique procesos de estimulación de las funciones cognitivas: atención, memoria, comprensión, orientación temporal, espacial.

Si quisiéramos analizar los rasgos más destacados de “nuestra” sociedad actual y ponernos en la situación de los ancianos que la habitan entenderíamos, en parte, como

se sienten en esta sociedad a la cual ellos también “pertenecen” y por qué perciben que su vida no es digna y carece de calidad.

Diversos estudios demuestran que la percepción de los ancianos sobre su estado de salud influye en su calidad de vida y, por tanto en su estado de salud.

Con el transcurso de los años y los esfuerzos realizados por la dirección de este país para alcanzar una esperanza de vida más alta, la tercera edad ocupa un lugar importante en la sociedad actual. Existe un incremento vertiginoso de este sector de la población y los pronósticos de este crecimiento van en ascenso; por tanto, resulta necesario que los profesionales de la salud se interesen por comprender mejor esta etapa de la vida para que contribuyan a lograr el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores.

Según el Consejo Nacional de Población de México, el proceso de envejecimiento demográfico de México no es reversible, pues los adultos mayores de mañana ya nacieron. Las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir de 2020. Esto se refleja en el aumento de las proporciones de adultos mayores en las próximas décadas. En 2000 la proporción de adultos mayores fue de alrededor de 7.0 por ciento. Se estima que este porcentaje se incremente a 12.5 por ciento en 2020 y a 28.0 por ciento en 2050⁴.

Siendo prioridad para la medicina familiar, el fortalecimiento de cada uno de sus miembros como núcleo en la sociedad, pues para establecer estándares que den como resultado una sociedad más saludable, permitiendo una vida dignificante para su edad, como parte de su plenitud como adulto mayor. La medicina cataloga a el envejecimiento cognitivo son todas las actividades mentales que realiza el ser humano

al relacionarse con el ambiente que le rodea, puede representar la adaptación que tiene como capacidad de cada individuo para desarrollarse, planificando y evaluando consecuencias. La psicología del envejecimiento se ve directamente relacionada con su ambiente emocional saludable. Los aspectos generales para la medicina es un círculo saludable que va desde la salud mental, salud emocional y salud social. Por ello es importante tener en cuenta que como persona tener estos tres aspectos equilibrados, nos lleva a desenvolvemos en un ambiente más sano.

Por ser el estudio a los adultos mayores, su salud puede verse deteriorada por proceso degenerativo natural de su edad, sin embargo, la calidad de vida con la que se desenvuelve una persona será el punto clave para que su vejez sea de calidad. Esto nos lleva a analizar de cierta manera que los adultos mayores, se encontraran con un estado evolutivo degenerativo, pero esto no quiere decir que pueda darle a su vida una sensación de que se desarrolla de una manera normal, sin padecer una depresión. La depresión no solo está definido por la salud de las personas, pues con el estado mental con que se afronta una enfermedad pudiera establecer su evolución y esta se puede determinar por varios factores exteriores que afectan directamente a el anciano mayor, como puede ser el entorno familiar, entorno social y entorno emocional.

Entorno familiar. Es el entorno que rodea a un individuo, así como las múltiples interrelaciones que se presentan, dando significado a los factores externos que no forman parte de él, pero influyendo en el individuo en su forma de vivir o hacer sus cosas personales como lo son: las normas culturales, sociales, religiosas o jurídicas y estas determinaran su accionar ya sea de manera natural o cultural, coaccionando sus actos. Siendo cambiante dependiendo de las circunstancias en las que nos

encontremos, ya sea de vacaciones, con amistades, personas que no confiamos o en una situación de violencia.

El entorno social se define como el comportamiento de una persona ante la sociedad, que se determina por los factores externos religiosos, culturales, normativos o geográficos, a los que está expuesto para accionar, ya que está directamente influenciado por el comportamiento de los demás, integrándolo a un grupo aportando la sensación de pertenencia. Mientras que entorno emocional son los fenómenos de raíz psicofisiológica que reflejan formas eficaces de adaptación a diversos cambios en el accionar de cada una de los individuos, hacia otras personas, objetos acciones o ideas. Son también un conjunto de influencias depositadas en el subconsciente del ser humano, como influencias innatas y aprendidas, que son el resultado directo de nuestras emociones estableciendo una posición respecto al entorno que lo rodea. La depresión en el anciano puede cursar con una alteración en el estado de ánimo, incluso puede aparecer con otros síntomas, como lo son falta de apetito, memoria, irascibilidad, aunado a un cuadro de insomnio, síntomas somáticos, ansiedad demencia senil, pseudodemencia depresiva.

El anciano puede considerarse deprimido por aspecto natural de esta etapa de la vida, sin embargo se puede erróneamente ser de esta manera, pues siendo así provoca un sufrimiento innecesario para ellos y para la familia. Cuando asiste a consulta con su médico, el anciano describe únicamente de sus síntomas físicos, pero podría mostrarse de cierta manera de reaccionar al hablar de su desesperanza y tristeza, pero no quiere hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras o de la pena

después de la muerte de un ser querido, prolongándose por mucho tiempo, en su aspecto muestra descuido en su propia persona y desinterés por el entorno sin ilusión por ninguna actividad.

Los factores de riesgo más importantes para que una persona anciana desarrolle una depresión son la pérdida de seres queridos, presencia de enfermedades médicas o quirúrgicas, pérdida de la autonomía personal, pérdida de actividad laboral, aspectos emocionales que determinan un comportamiento aislamiento social y familiar, si se hace un diagnóstico temprano se pudiera integrar el uso de algunos fármacos que pueden actuar como precipitantes.

El envejecimiento de la población es un hecho que tiene repercusiones económicos, sanitarios, en las relaciones familiares y sociales, por ello la necesidad de prevenir la depresión en los adultos mayores pues aunque la edad mayor de 65 años pudiera considerarse como elemento de limitante, resulta insuficiente para tener como criterio para evaluar, cuantificar y definir las necesidades de una persona mayor enferma.

El termino de fragilidad aparece como determinante fisiopatológico básico que define como la disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasia del organismo que se produce con el envejecimiento influenciada por factores genéticos y acelerada por enfermedades agudas o crónicas, hábitos tóxicos, desuso, condicionantes sociales y asistenciales⁷.

A partir de un umbral determinado, la fragilidad comporta una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad, un incremento del riesgo de desarrollar deterioro funcional con la

consiguiente dependencia en las actividades de la vida diaria y en última instancia la muerte. La depresión en adulto mayor se presenta en incremento, por los estándares impuestos por la sociedad a la sensación de pertenencia, productividad o actividad laboral, aislamiento social y familiar; pues estos factores son marcados por las funciones que lleva a cabo como parte de esta sociedad, psicológicos que influyen directamente en el adulto como parte fundamental de su vida diaria, ya que para desempeñarse en sus funciones utilizan en gran parte de su intención la emoción y pensamiento para realizar en sus tareas cotidianas, obteniendo como resultado una insatisfacción en lo que efectúan, pues el deterioro de sus funciones son más y más notables ante las diversas circunstancias o necesidades que se presentan en un día laboral o en trasladarse de un lugar a otro, el enfrentarse a múltiples situaciones donde sea evidente la fuerza o el soportar aspectos externos que no pueden cumplir, en su condición de adulto mayor.

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa, por ello es importante hacer hincapié en esta etapa de envejecimiento pues están más expuestos a enfermedades e intervenciones quirúrgicas que dejen secuelas por esta última, teniendo más coexistencia entre una cormobilidad y depresión asintomática, pues estaría ligada con el padecimiento de la causa, no de la depresión o estado mental del individuo, además de las causas generales que causan las tensiones diarias de cada una de las personas, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Los ancianos son más propensos a estas experiencias siendo frecuentes en su cotidianidad

como lo son el dolor de la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad, ansiedad, estrés y angustia, encaminándolos a un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina, estos trastornos aumentan la percepción de tener mala salud, utilizando de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria, influyendo en su estado mental.

Por lo anterior, es imprescindible proporcionar y establecer parámetros que permitan darle una atención oportuna y eficaz a los adultos mayores, en aquellos que tienen múltiples padecimientos haciendo esto un tanto susceptible para determinar que el adulto mayor presenta un diagnóstico de depresión, pues aunque está incorporado a la sociedad por coacción de la necesidad de una actividad laboral por los estándares que no le permite llegar a la jubilación u obtención de una pensión, tienen la obligación por su carencia de recursos para valerse por sí solo, la obtención de estos son a través de trabajos eventuales tales como son: limpieza, agente de seguridad, velador, despacho de gasolina, empacadores de supermercado, ayudantes generales; los cuales no les ofrecen contrato específico, sueldo base, ni prestación alguna. Constituyendo una carga económica para los familiares y la sociedad esta condición, pues son susceptibles a tener dependencia para subsistir, por ello se debe configurar un instrumento eficiente que concluyan a la prevención de la depresión en los adultos mayores, ofreciéndoles una mejor calidad de vida en plenitud para su vejez.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Definición de envejecimiento

Etimológicamente, la palabra gerontología, procede del término griego gerongerontos/es o los más viejos los más notables del pueblo; a este término se une el termino logos, logia o tratado, grupo de conocedores. El envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática. Debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y el desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo, de ahí que su presentación y evolución sean individualizadas. En este sentido, los humanos envejecen de manera distinta y la edad cronológica y la edad cronológica no siempre es representativa de la biológica.⁹

Aunque el envejecimiento es multifactorial e individualizado, existe una vulnerabilidad inherente al proceso que involucra aspectos, biológicos, psicológicos y sociales, que son motivo de estudio de la gerontología. En este sentido definimos como envejecimiento saludable al proceso mediante el cual se adoptan o refuerzan los estilos de vida que permiten el máximo de salud, funcionalidad, bienestar y calidad de vida durante la vejez, acorde con el contexto sociocultural específico de cada individuo.⁹

Los **factores ambientales y estilos** de vida influyen significativamente en el tipo de envejecimiento que presenta cada individuo, de ahí que identificar los factores que favorecen el envejecimiento saludable, es uno de los objetivos fundamentales de la ecología humana y de la gerontología.⁹

Aún se desconoce muchos tópicos en relación a los adultos mayores, longevidad y la calidad de vida, se refiere a que todavía tenemos muchos desafíos uno de estos en relación con la necesidad de contar con más antecedentes sobre cómo pueden las intervenciones afectar positivamente los resultados. Otro desafío es lograr un consenso sobre las prácticas de prevención sobre este grupo etario; sin embargo a pesar de lo desconocido la mayoría de los profesionales de la salud concuerdan en los objetivos de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las personas mayores.¹⁰

2.2 Calidad en el envejecimiento

Se refiere al conjunto de condiciones necesarias para poder llevar a cabo el proyecto personal de una vida íntegramente humana. Toda valoración de la calidad humana debe partir de lo que propia persona considera que hace “buena” su propia vida. Estos valores referencias y deseos convierten la calidad de vida en algo, en primera instancia, subjetivo. Esta valoración es compleja y multidimensional, abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales, económicos, ambientales, etc. La organización mundial de la salud concibe la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”.¹²

El envejecimiento está directamente relacionado con la manera como la persona satisface sus necesidades a través de todo el ciclo vital. En la actualidad un número creciente de personas que cada vez están alcanzando edades más avanzadas en mejor estado de salud, con mayor lucidez y energías suficientes como para optar a otras actividades por un periodo más prolongado de su vida. Esto sumado a que cada

vez tienen más claros sus derechos reivindicativos los lleva a plantearse nuevos desafíos, aspiraciones, oportunidades y a una reflexión profunda e integral respecto a cómo deben mantener su percepción en la calidad de vida.¹³

El envejecimiento implica cambios biológicos, psicológicos y sociales que son inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo, pero es una cuestión aún por resolver es que cambios asociados al envejecimiento son considerados normales y cuales son patológicos. La experiencia constata que el envejecimiento no es incapacitante por sí solo hasta edades muy extremas. Se podrían considerar por tanto, distintas formas de relacionarse el proceso de envejecimiento y la enfermedad. Hay personas muy ancianas que envejecen con éxito, es decir sin enfermedad ni discapacidad. La gran mayoría de ancianos, padecen una o más enfermedades crónicas y es la estrecha relación entre envejecimiento y enfermedad la que irán produciendo discapacidad, especialmente en las edades más extremas y cuando coexisten varias enfermedades crónicas. Este tipo de envejecimiento se considera un envejecimiento usual o normal. Y finalmente existe un grupo no muy numeroso de ancianos, pero con gran repercusión a nivel del consumo de recursos socio sanitario, que envejecen con mucha discapacidad y ésta no es consecuencia sólo del envejecimiento y enfermedad la que irá produciendo discapacidad, especialmente en las edades más extremas y cuando coexisten varias enfermedades crónicas.¹⁴

2.3 Definición de depresión

La depresión es un trastorno psicoafectivo, caracterizado por una disminución significativa del estado de ánimo con repercusiones físicas y sociales, esta afección es

reconocida como una epidemia silenciosa en la vejez, la cual reduce la capacidad del individuo para tratar sus problemas de salud.⁹

El problema de las depresiones no solo atañe al campo de la psiquiatría, sino a la medicina en general y a la sociedad, y lo que es más importante, a la persona. Ninguna enfermedad mental y muy pocas enfermedades médicas conllevan un grado de sufrimiento subjetivo tan intenso como los trastornos depresivos. Las depresiones también suponen un problema sanitario, económico y psicosocial de urgencia. La dependencia de alcohol y de otras sustancias, así como los suicidios, son problemas graves, y cada vez más difundidos que guardan estrecha relación con la depresión. Es un trastorno mental afectivo caracterizado por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar sentimientos de placer, que se hace crónica en la mayor parte de los pacientes que evoluciona en episodios recurrentes.

2.4 Situación epidemiológica de la depresión.

La depresión ha tenido una presencia constante a lo largo de la historia de la humanidad, sin embargo, en las últimas décadas ha experimentado un notable incremento. Hoy en día es tal el impacto que esta enfermedad tiene en la sociedad, que algunos autores no han dudado en señalar esta como la era de la depresión.

En la actualidad 340 millones de personas sufren depresión en el mundo (se calcula que entre el 2 y el 4 % de la población padece este tipo de trastorno). A escala mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta 2 veces más alta en las mujeres que en los

hombres. La OMS sitúa la incidencia de la depresión entre la población de los países más desarrollados en un 15 %. Su expansión e incidencia son crecientes en todos los grupos de edad. En el IMSS en Torreón Coahuila México se encontró una prevalencia de 15 a 20 % en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40 % en la hospitalizada predominando en sexo femenino.¹⁹

Se estima que la carga personal de un cuadro depresivo con una duración de 6-8 meses es más severa e incapacitante que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. La depresión es la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales, y se estima que para 2020 se convertirá en la segunda causa de incapacitación y muerte, tan solo superada por las enfermedades cardiovasculares.

2.5 Depresión diagnóstico y tipos de clasificación.

Los episodios depresivos se clasifican como leves, moderados o graves, según el número de síntomas y su gravedad. En un episodio moderado tiene grandes dificultades para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. En un episodio grave, la mayoría de los síntomas están presentes de forma intensa y las ideas de suicidio y otros intentos de autolisis son frecuentes.

Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. La depresión en los ancianos, si no diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el senescente y su familia. Con un tratamiento adecuado tendría una vida placentera. Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental.⁹

2.6 Depresión en el adulto mayor

El episodio depresivo que se presenta en pacientes geriátricos puede ser la recurrencia de un trastorno depresivo de inicio temprano, es decir, antes de los 60-65 años, o aparecer por primera vez durante esta edad. Estos episodios se asocian a una serie de factores biológicos y socioculturales, unos establecidos en forma clara y otros comprendidos de manera incompleta.¹⁸

Los trastornos depresivos en personas ancianas, particularmente el trastorno depresivo mayor, tienen varias connotaciones. Los episodios depresivos en pacientes geriátricos deterioran en forma ostensible el funcionamiento social, menoscaban en gran modo la calidad de vida, ensombrecen notablemente el pronóstico de algunos problemas médicos e incrementa en forma dramática el riesgo de muerte por diversas causas poco comprendidas. Asimismo se ha observado que un episodio depresivo en ancianos incrementa el riesgo de sufrir algunos problemas médicos como enfermedades cardíacas y neurológicas.²⁰

De la misma manera, se ha informado que los episodios depresivos de inicio tardío presentan un mayor índice no solo de recaída sino también de recurrencia. No obstante, otros autores puntualizan que el curso de un episodio depresivo mayor en pacientes geriátricos es muy similar al que le sigue en edades más tempranas. Mas es necesario tener presente que este curso puede estar asociado, con frecuencia a otras enfermedades médicas incluyendo demencia.²⁰

III. JUSTIFICACION

El ciclo vital de una persona se puede ver mermado al padecer depresión, mientras que el anciano puede tener consecuencias importantes en su calidad de vida. Es importante resaltar que aún se desconocen muchos tópicos en relación a la intervención activa sobre los adultos mayores la longevidad y la calidad de vida.

Como en todo a lo que envejecimiento se refiere, todavía tenemos muchos desafíos ya que se desconocen todos los factores bio-psicosociales en un paciente deprimido que puede afectar en la calidad de vida del adulto mayor en su calidad y apego a tratamientos médicos; la capacidad, aptitud y las pocas intervenciones de promoción, prevención, e integración diagnóstica en el adulto mayor con depresión afectan negativamente en su calidad de vida.

Existe poca concordancia de los profesionales de la salud en los objetivos de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las personas mayores todo esto con el fin de dar estrategias, educativas así como otorgar mayores aptitudes a los médicos para poder identificar, atender y entender los procesos de esta patología en los adultos mayores y reducir tasas de mortalidad prematura.

Queda claro que mantener la independencia funcional del adulto mayor con depresión tanto como sea posible se verá reflejado en mejorar la calidad de vida para beneficio del paciente y cuidadores, por consiguiente y de manera directa la economía de este instituto conservando el prestigio e integridad de los profesionales de la salud.

El estudio podrá determinar las inclinaciones que tiene en su ambiente, como lo son factores emocional, familiar o social y psicológico predeterminante para que la depresión sea más severa según cada uno de los aspectos que aquí se manejan y se analizan y que requieren de atención temprana con el fin de ofrecerles una calidad de vida plena, algunos cambios en su ambiente determinarían una mejoría encaminándolos a un envejecimiento sin consecuencias de salud mental.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el Consejo Nacional de Población de México, el proceso de envejecimiento demográfico de México no es reversible, pues los adultos mayores de mañana ya nacieron. En 2000 la proporción de adultos mayores fue de alrededor de 7.0 por ciento. Se estima que este porcentaje se incremente a 12.5 por ciento en 2020 y a 28.0 por ciento en 2050.

Con la intención de realizar una asociación de depresión en adulto mayor y los factores de riesgo bio-psicosociales relacionados, estando en el entendido de que el envejecimiento y depresión está directamente relacionado con la manera como satisface la persona sus necesidades a través de todo el ciclo vital. La depresión en el adulto mayor es un problema de suma importancia en salud pública con implicaciones bio-psicosociales por lo que se plantea la siguiente pregunta.

¿Cuáles son los Grados de Depresión y los factores biopsicosociales en adultos mayores con depresión, en la Unidad de Medicina Familiar #2 en la Cd. Chihuahua, Chihuahua de Septiembre de 2015 a julio de 2017?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Determinar grado de depresión y los factores bio-psicosociales asociados en adultos mayores con depresión, en la Unidad de Medicina Familiar # 2 del IMSS Chihuahua, Chihuahua, de Septiembre de 2015 a Julio 2017.

5.2 Objetivos Específicos

- Establecer el grado de depresión en el adulto mayor.
- Comparar datos socio demográfico que afectan en la presentación o no de depresión en adulto mayor.
- Determinar la relación de comorbilidades con la presentación de depresión en adulto mayor.
- Determinar la capacidad vital del adulto mayor con depresión.
- Correlacionar la asociación de grado de depresión con factores de riesgo de condiciones de vida, apoyo social e incorporación social
- Dar a conocer resultados obtenidos de este estudio

VI. MATERIAL Y METODOS

6.1 Diseño o Tipo De Estudio

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, prospectivo.

6.2 Lugar De Estudio:

Unidad de Medicina Familiar número 2 del IMSS en Ciudad Chihuahua, Chihuahua.

6.3 Tiempo de estudio

En el periodo de marzo 2015 a julio 2017

6.4 Población De Estudio

Adultos mayores adscritos a la UMF # 02 derechohabientes de primer nivel de la ciudad de Chihuahua municipio de Chihuahua ambos turnos.

6.5 Criterios de selección

6.5.1 Criterios De Inclusión:

1. Adultos de 65 años adscritos a la UMF # 02.
2. Adultos mayores de ambos sexos.
3. Adultos mayores que aceptan participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado.

6.5.2 Criterios De Exclusión:

1. Adultos de 65 años y más con diagnóstico de depresión por el médico tratante adscrito a la UMF # 02 .
2. Adultos con problemas de comunicarse, hablar otra lengua, problemas neurológicos, auditivos o del habla.
3. Pacientes que no acepten participar en el estudio

6.5.3 Criterios De Eliminación:

1. Encuestas incompletas

6.6 Calculo de tamaño De La Muestra:

Con una prevalencia de depresión de un 15 % el índice de confiabilidad de un 95% y una precisión de 5% se tiene una muestra de **196** pacientes.

$$n = \frac{z^2 (PQ)}{d^2}$$

Z= 1.96 desviación normal.

p= 15

q= 85

d= precisión de un 5%

6.7 Técnica de recolección de datos

Se realizo mediante una encuesta aplicada con encuestador (Anexo 2). Previa firma de consentimiento informado (Anexo1).

6.8 Instrumento De Recolección De Datos

El instrumento de recolección de datos (Anexo 2) se diseña para este estudio conformado 78 preguntas de opción múltiple en 2 secciones que se describen a continuación:

- Primera sección acerca de datos generales socio demográficos y variables de estados de comorbilidad o Pluripatología, condiciones de vida, ingresos, estado actual de la vivienda, condiciones higiénico-sanitarias, organización habitacional, incorporación social del anciano, apoyo social con 53 ITEMS .

- Segunda sección encuesta de opción múltiple para determinar el grado de depresión a través de la encuesta de YESAVAGE que consta de 15 ITEMS.

6.9 Fuentes De Información

La información fue recabada mediante:

- 1.- Cuestionario directo auto aplicado al adulto mayor (Anexo 2).

6.10 Análisis De La Información

Los datos obtenidos se procesaron en una base de datos que se trabajó en el programa (SPSS versión 21), de donde se obtuvieron tablas, gráficos con cruces de variables dependientes e independientes para correlacionar el grado de depresión y factores psicosociales.

Se utilizaron medidas de frecuencia, además de análisis de medidas de las variables numéricas.

6.11 Plan De Procesamiento Y Análisis De Datos

1. Para el criterio descriptivo se utilizaron las medidas de mediana, porcentaje, promedio y desviación estándar.
2. Para el criterio inferencia o de estimación se utilizarán medidas como: Chi cuadrada, correlaciones.
3. Asociación y efecto con intervalo de confianza 95%, pruebas estadísticas de tendencia lineal con significancia 0.05.

6.12 Operacionalización De Variables

6.12.1. VARIABLE DEPENDIENTE

❖ **DEPRESIÓN**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es una afectación del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos como la tristeza, la desilusión, frustración y como la desesperanza, la indefensión, la inutilidad y la infelicidad, en el que se pierde la satisfacción de vivir y la energía para recuperar el bienestar. Se presentan además síntomas vegetativos, cognitivos y motivacionales.

En nuestra investigación esta variable se evalúa a través de la escala YESAVAGE para la depresión a la que ya hicimos referencia.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para efectos de este estudio se tomara como leve, moderada, severa y sin depresión, de acuerdo al instrumento aplicado

INDICADORES: Respuestas en base al instrumento de evaluación. El instrumento consta de 3 indicadores: depresión moderada, depresión severa, sin depresión.

Calificación.

- Normal: 0 a 5 puntos
- Depresión moderada: 6 a 10 puntos
- Depresión severa: más de 10 puntos

ESCALA DE MEDICIÓN: La calificación obtenida

TIPO: Es cualitativa ordinal

ESTADÍSTICA: No paramétrica.

TECNICA ESTADISTICA: Proporción, frecuencias, χ^2 , IC 95 %, valor p y RM,

6.12.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

❖ EDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Considerada en años cumplidos

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para fines de este estudio se conformaron tres categorías, formadas por dos grupos cerrados y un final abierto.

INDICADOR:

1. 60 a 69 años
2. 70 a 79 años
3. 80 y mas

ESCALA DE MEDICIÓN: ordinal.

TIPO: Cualitativa

ESTADÍSTICA: No paramétrica.

TECNICA ESTADISTICA: Proporción, frecuencias.

❖ SEXO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Según el fenotipo del paciente se clasifico en femenino y masculino, según el conjunto de caracteres genéticos, morfológicos y funcionales que distinguen a los individuos machos de las hembras de cada especie. Condición orgánica.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para fines de este estudio se captara el sexo referido por el paciente en el cuestionario.

INDICADOR:

1. Femenino
2. Masculino

ESCALA DE MEDICIÓN: nominal.

TIPO: Cualitativa

ESTADÍSTICA: No paramétrica.

TECNICA ESTADISTICA: Proporción, frecuencias

❖ NIVEL DE ESCOLARIDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Fue establecido tomando como referencia la clasificación internacional estándar de educación (UNESCO), Paris 1976.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para fines de este estudio se tomara en cuenta el nivel académico, en categorías formadas por seis grupos.

INDICADOR:

1. Sin instrucción o iletrados (SI)
2. Primaria sin terminar (PST)
3. Primaria terminada (PT)
4. Secundaria básica (SBT)
5. Preuniversitario (PUT)
6. Universitario (UT)

ESCALA DE MEDICIÓN: nominal.

TIPO: Cualitativa

ESTADÍSTICA: No paramétrica.

TECNICA ESTADISTICA: Proporción, frecuencias

❖ ESTADO CIVIL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Consiste en la situación jurídica concreta que guarda el individuo en relación con la familia.

DEFINICIÓN OPERACIONAL. Para fines de este estudio se tomara en cuenta el estado civil.

INDICADOR.

1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Divorciado
5. Consensual

ESCALA DE MEDICIÓN: nominal

TIPO: Cualitativa

ESTADÍSTICA: No paramétrica.

TECNICA ESTADISTICA: Proporción, frecuencias

❖ OCUPACION

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Valoración dada según sus capacidades y aptitudes a desempeñar una función.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para fines del estudio se consignaron las siguientes categorías: Si labora o no labora.

INDICADOR.

1. Si
2. No.

ESCALA DE MEDICIÓN: nominal

TIPO: Cualitativa

ESTADÍSTICA: No paramétrica.

TECNICA ESTADISTICA: Proporción, frecuencias

❖ COMORBILIDAD O PLURIPATOLOGIA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Termino medico: Que se refiere a dos conceptos la presencia de uno o más trastornos, además de la enfermedad o trastorno primario y el efecto de estos trastornos o enfermedades adicional

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para fines del estudio se consignaron las siguientes categorías: Diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, obesidad y dislipidemia.

INDICADOR.

1. 1 a 2
2. 2 a 3
3. 3 o mas

ESCALA DE MEDICIÓN: ordinal.

TIPO: Cualitativa

ESTADÍSTICA: No paramétrica.

TECNICA ESTADISTICA: Proporción, frecuencias

❖ **ACONTECIMIENTO VITAL RESPONSABLE**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Suceso de la vida cotidiana que tiene alta significación para la persona, de diversa naturaleza (biológica, psicológica o social), que es capaz de generar cambios en el individuo, la familia y la comunidad. Jubilación, viudez, aparición de enfermedades.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para fines del estudio se consignaron las siguientes categorías: Si / No

INDICADOR.

1. Si
2. No

ESCALA DE MEDICIÓN: nominal

TIPO: Cualitativa

ESTADÍSTICA: No paramétrica.

TECNICA ESTADISTICA: Proporción, frecuencias.

❖ **CONDICIONES DE VIDA**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Son el resultado de la interacción dinámica de los siguientes aspectos: El perca pita de vida y su fuente de ingreso, el estado actual de la vivienda, la tenencia de bienes, las condiciones de la habitación (organización y convivencia habitacional) y condiciones higiénico sanitario de la vivienda.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para fines del estudio se consignaron las siguientes categorías: ingreso, fuentes de ingreso, estado actual de la vivienda, condiciones higiénico-sanitarias, condiciones de habitación, organización habitacional.

INDICADOR.

1. Buena (151 pesos o más)
2. Regular (76 a 150 pesos)
3. Mala (76 pesos)

FUENTES DE INGRESO: Fueron consideradas Salario / Jubilación / Pensión / Jubilación y Salario

ESCALA DE MEDICIÓN: ordinal

TIPO: Cualitativa

ESTADÍSTICA: No paramétrica.

TECNICA ESTADISTICA: Proporción, frecuencias.

❖ ESTADO ACTUAL DE LA VIVIENDA

DEFINICION CONCEPTUAL: Construcción o edificación acondicionada como refugio para la habitabilidad de las personas, que brinda un bienestar y seguridad.

DEFINICION OPERACIONAL:

1. BUENO: no requiere reparación o esta es mínima, vivienda de mampostería con suficiente ventilación y si existen factores ambientales que afectan la salud.
2. REGULAR: mampostería o madera, vivienda que requiere reparaciones mayores, de ventilación insuficiente y factores ambientales que afectan la salud como las dificultades en el acceso de agua y contar con paredes y techos en mal estado.
3. MALO: madera o considerada vivienda inhabitable o que requiere de intensa reparación, de ventilación muy insuficiente y con múltiples factores ambientales que afectan la salud.
4. INDICADOR.
 1. Buena
 2. Regular
 3. Mala

ESCALA DE MEDICIÓN: ordinal

TIPO: Cualitativa

ESTADÍSTICA: No paramétrica.

TECNICA ESTADISTICA: Proporción, frecuencias.

❖ **CONDICIONES HIGIENICO-SANITARIAS DE LA VIVIENDA: SE CONSIDERAN:**

DEFINICION CONCEPTUAL: Características de medidas mínimas necesarias para garantizar los aspectos básicos de seguridad e higiene mediante la limpieza en una vivienda.

DEFINICION OPERACIONAL:

1. BUENA: Cuando posee servicio sanitario, se almacena la basura en depósitos con tapa, no se constatan vectores ni animales domésticos en su interior.
2. REGULAR: posee servicio sanitario, se almacena la basura en depósitos sin tapa, se constatan vectores y animales domésticos dentro de la vivienda.
3. MALA: carece de servicio sanitario, se almacena basura en depósitos sin tapas y se constatan vectores y animales domésticos en su interior

INDICADOR:

1. BUENO
2. REGULAR
3. MALO

ESCALA DE MEDICIÓN: ordinal

TIPO: Cualitativa

ESTADÍSTICA: No paramétrica.

TECNICA ESTADISTICA: Proporción, frecuencias.

❖ **CONDICIONES DE LA HABITACION DEL ANCIANO**

DEFINICION CONCEPTUAL: Estado y distribución en que se encuentran dispuestas las cosas para el uso del ocupante en su habitación, sin interrumpir o estropear su paso y/o su descanso.

DEFINICION OPERACIONAL: RESULTAN DE LA INTEGRACION DE:

1. Habitación para uso exclusivo del anciano.

2. Anciano que comparte su habitación exclusivamente con su pareja o cónyuge.
3. Anciano que comparte su habitación con otras personas (familiares o no).

INDICADOR:

1. BUENO
2. REGULAR
3. MALO

ESCALA DE MEDICIÓN: ordinal

TIPO: Cualitativa

ESTADÍSTICA: No paramétrica.

TECNICA ESTADISTICA: Proporción, frecuencias.

❖ **CONDICIONES DE LA HABITACION DEL ANCIANO:**

DEFINICION CONCEPTUAL:

DEFINICION OPERACIONAL: RES ULTAN DE LA INTEGRACION-

ORGANIZACION DE:

1. BUENA: si está organizada y cómoda, sin obstáculos que impidan el libre movimiento del anciano
2. REGULAR: si carece de obstáculos que impidan el libre movimiento del anciano pero sus comodidades son limitadas.
3. MALA: si existen obstáculos que impidan el movimiento del anciano y las comodidades son muy limitadas.

INDICADOR:

1. BUENO
2. REGULAR
3. MALO

ESCALA DE MEDICIÓN: ordinal

TIPO: Cualitativa

ESTADÍSTICA: No paramétrica.

TECNICA ESTADISTICA: Proporción, frecuencias.

❖ **INCORPORACION SOCIAL DEL ANCIANO:**

DEFINICION CONCEPTUAL: Se define como incorporación social del anciano a la participación de este en diferentes actividades comunitarias como las que convocan las organizaciones, proyectos de atención a los adultos mayores, dirigidos por instituciones religiosas, en círculos o en casas de abuelo, en liceos y clubs.

DEFINICION OPERACIONAL: Para fines del estudio se consignaron las siguientes categorías: anciano incorporado socialmente y anciano no incorporado socialmente.

INDICADOR:

1. Anciano incorporado socialmente;

Cuando el senescente se involucra de forma regular y activa en las actividades comunitarias, (participando en 2 o más actividades mensuales)

2. Anciano no incorporado socialmente:

Cuando su participación es nula o se involucra de forma inestable y muy discreta (participando en 1 actividad mensual).

INDICADOR:

1. BUENO
2. REGULAR
3. MALO

ESCALA DE MEDICIÓN: ordinal

TIPO: Cualitativa

ESTADÍSTICA: No paramétrica.

TECNICA ESTADISTICA: Proporción, frecuencias.

❖ APOYO SOCIAL

DEFINICION CONCEPTUAL: Conjuntos de recursos sociables accesibles, disponibles o ambos para las personas, encontrados en el contexto de sus relaciones interpersonales y sociales, y que las proveen de un soporte emocional y/o material en su constante interacción con el medio. Se consignaron

DEFINICION OPERACIONAL: Para fines del estudio se consignaron las siguientes categorías: alto, moderado y bajo

INDICADOR:

1. Alto
2. Moderado
3. Bajo

INDICADOR:

1. BUENO
2. REGULAR
3. MALO

ESCALA DE MEDICIÓN: ordinal

TIPO: Cualitativa

ESTADÍSTICA: No paramétrica.

TECNICA ESTADISTICA: Proporción, frecuencias.

6.13 Recursos Humanos Físicos Y Financieros

Humanos.

2 Asesores Metodológicos

1 Medico curso especialización en Medicina Familiar

1 Auxiliar encuestador

Físicos

Equipo de Computo, Impresora

Programas de Word, Excel, (SPSS versión 21)

Material Didáctico, Hojas de máquina

Plumas

Revistas

Artículos

Económicos

Equipo de Cómputo.....	\$ 9,000.00
Equipo de Oficina.....	\$ 2,000.00
Impresiones.....	\$ 800.00
Auxiliar encuestador.....	\$ 2,800.00

6.14. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se realizó mediante consentimiento informado confidencial y firmado que se otorgará a cada adulto mayor participante en base al artículo 14 de la Ley General de Salud, para participar en el estudio, en el cual se plasma la información difundida, los objetivos y el procedimientos en la investigación, enfatizando el carácter voluntario de la entrada del participante a la misma, explicando que no existe riesgo alguno contra su integridad física, ni en relación a su atención en la UMF No2 , ya que la aplicación del instrumento es anónima y apegado al “Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud” (Ley General de Salud, Art. 17: investigación sin riesgo).

Además la investigación no viola los reglamentos éticos establecidos por la Ley General de Salud de México ya que además de respetar el anonimato de las personas, está de acuerdo con las normas contempladas en la ley general de salud artículo 17 (investigación sin riesgo) en materia de investigación en salud y con la declaración de Helsinki en 1975 enmendada en el año 2000 en Escocia.

Se concientizara de la información personal del paciente que se maneja en nuestra base de datos, se considera dentro del marco legal de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

VII. RESULTADOS

7.1 ANALISIS UNIVARIADO

Los datos obtenidos encontramos rangos de edades se obtienen de 60 a 69 años con el 34.90%, del 70 a 79 años el 41.61% y 80 y más con el 23.49% (Tabla 1).

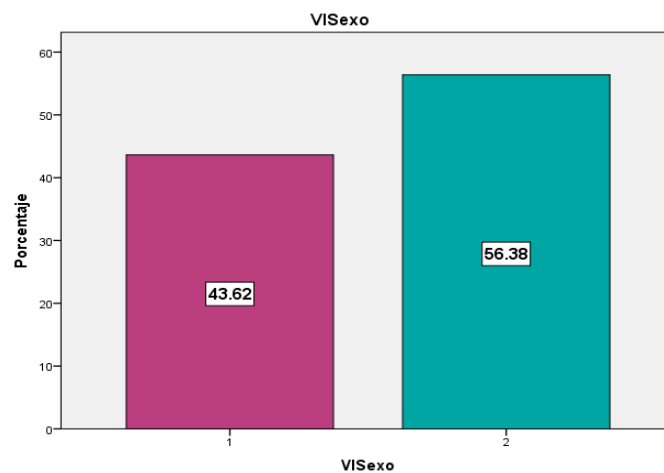
Tabla1. Edad por intervalos de adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017

EDAD POR INTERVALOS	n	P	P
60 A 69 AÑOS	52	34.9	34.9
70 A 79 AÑOS	62	41.6	76.5
80 Y MAS AÑOS	35	23.5	100.0
Total	149	100.0	

Fuente: Encuestas 2016

De los pacientes encuestados fueron 43.62% mujeres y 56.38 % hombres (Grafico

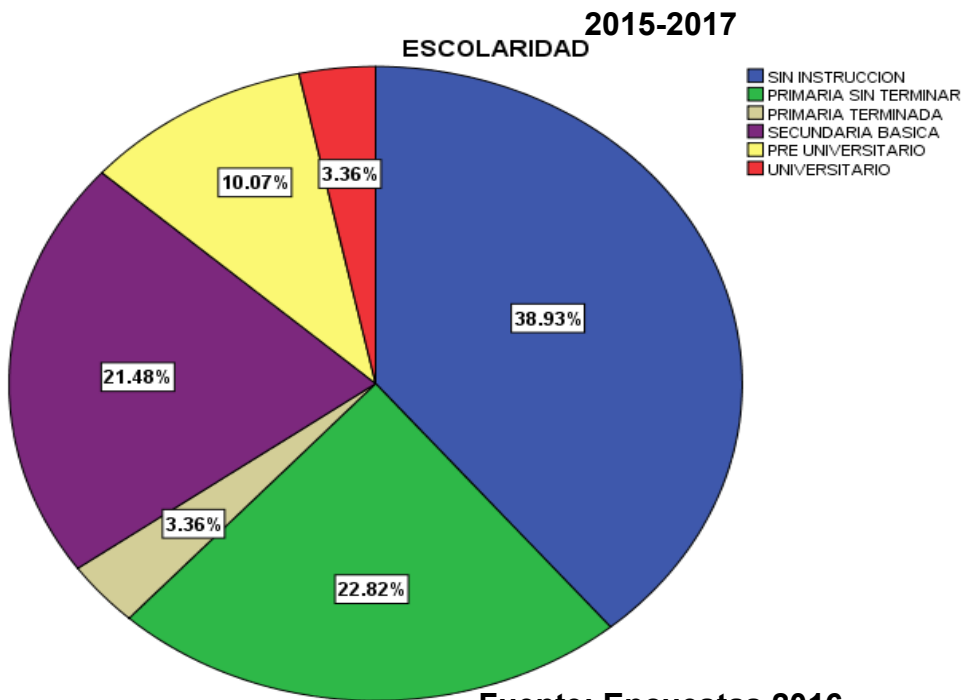
1) **Grafico1. Género en los adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017.**



Fuente: Encuestas 2016

En lo que se refiere escolaridad en los adultos mayores se encontró: Sin instrucción 38.9%, Primaria sin terminar 22.82%, Primaria Terminada 3.36%, Secundaria Básica 21.48%, Pre Universitario 10.07%, Universitario 3.36% (Grafica 2).

Grafico2. Grados de escolaridad en adultos mayores de la UMF #2 del IMSS,



Mientras que la presencia de comorbilidades se encontró de una a dos enfermedades el 32.89%, dos a tres enfermedades en un 24.83% y de tres o más enfermedades con resultado alto de 42.28%; este factor nos permite enfatizar a que las enfermedades son un grave factor que afecta al adulto mayor, podría ser por su edad y envejecimiento progresivo sin embargo, avanzando con los factores que lo afecten podemos tener un panorama más amplio pudiendo hacer comparativas de estos resultados.

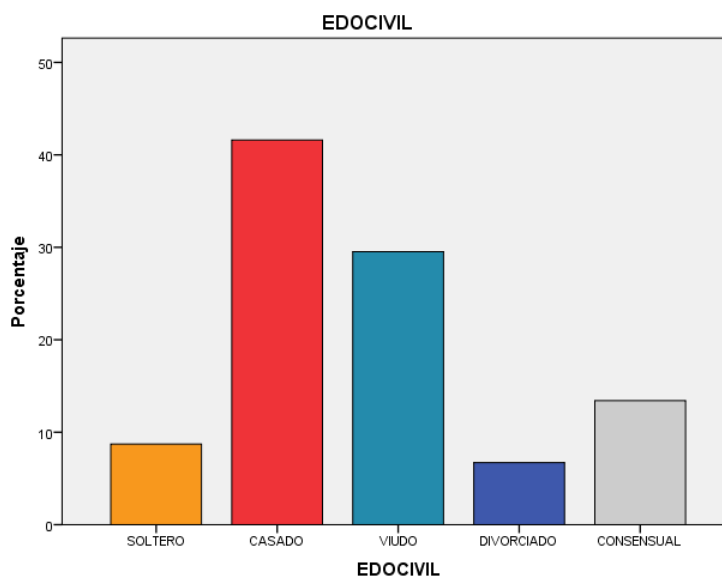
Tabla2. Comorbilidades en adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017

COMORBILIDADES	n	p	P
<i>UNA A DOS ENFERMEDADES</i>	49	32.9	32.9
<i>DOS A TRES ENFERMEDADES</i>	37	24.8	57.7
<i>TRES O MAS ENFERMEDADES</i>	63	42.3	100.0
<i>Total</i>	149	100.0	

Fuente: Encuestas 2016

Referente al estado civil se encuentra en la población estudiada Soltero 8.7%, Casado 41.6%, Viudo 29.5%, Divorciado 6.7%, Consensual 13.4% (Grafica No. 3).

Grafico 3. Estado civil en adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017



Fuente: Encuestas 2016

De los adultos mayores estudiados se encuentra que el 70.5 % tiene alguna ocupación, mientras que el 29.5 % no trabaja (Tabla 3).

Tabla 3. Presencia de ocupación en adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017

OCUPACION	N	P	P
<i>SI</i>	<i>105</i>	<i>70.5</i>	<i>70.5</i>
<i>NO</i>	<i>44</i>	<i>29.5</i>	<i>100.0</i>
<i>Total</i>	<i>149</i>	<i>100.0</i>	

Fuente: Encuestas 2016

La variable fuente de ingreso en los adultos mayores estudiados cuentan con algún salario el 69.80%, mientras que la fuente de ingresos Jubilación es 18.12% y Pensión es 12.08% (Tabla 4).

Tabla 4. Presencia de ocupación en adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017

FUENTE DE INGRESOS	N	P	P
<i>SALARIO</i>	<i>104</i>	<i>69.8</i>	<i>69.8</i>
<i>JUBILACION</i>	<i>27</i>	<i>18.1</i>	<i>87.9</i>
<i>PENSION</i>	<i>18</i>	<i>12.1</i>	<i>100.0</i>
<i>Total</i>	<i>149</i>	<i>100.0</i>	

Fuente: Encuestas 2016

Las condiciones de Vida el cual se refiere a su estado económico, el cual puede ser un vértice en el punto de cambio de vida y así llevándolos a la depresión, se encontró como nivel de ingresos bueno que corresponde a \$151.00 o más encontrándolo en (69.80%), Regular es \$76.00 a \$151.00 en un (18.12%) y en cuanto a la condición Mala daría \$76.00 o menos esto resulta el (12.08%) (Tabla 5).

Tabla 5. Nivel de ingresos en adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017

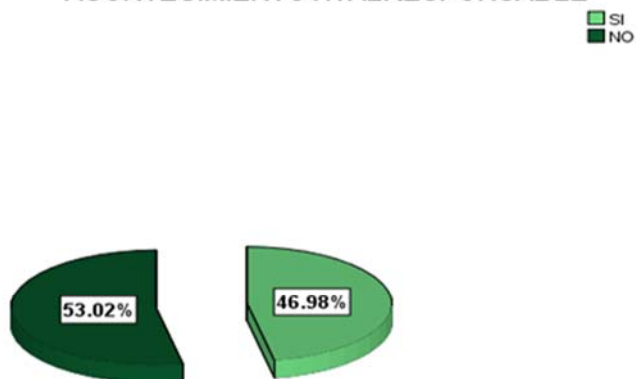
NIVEL DE INGRESOS	n	p	P
<i>BUENA (\$151.00 O MAS)</i>	104	69.8	69.8
<i>REGULAR (\$76.00 A \$151.00)</i>	27	18.1	87.9
<i>MALA (MENOS DE \$76.00)</i>	18	12.1	100.0
<i>Total</i>	149	100.0	

Fuente: Encuestas 2016

En cuanto al Acontecimiento Vital Responsable podemos observar el 53.02% corresponde tiene antecedente de acontecimiento vital responsable, pero en cuanto al 46.98% no tiene antecedente de este factor (Grafica 4).

Gráfico 4. Acontecimiento vital responsable adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017

ACONTECIMIENTOVITALRESPONSABLE



Fuente: Encuestas 2016

El estado de la vivienda determina su entorno donde se desarrolla habitualmente, encontrando para esta población en estudio en: estado de vivienda bueno 35.57%, regular 57.05% y malo el 7.38% (Tabla 6).

Tabla 6. Estado de vivienda en adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017

ESTADO DE VIVIENDA	N	P	P
<i>BUENO</i>	53	35.6	35.6
<i>REGULAR</i>	85	57.0	92.6
<i>MALO</i>	11	7.4	100.0
<i>Total</i>	149	100.0	

Fuente: Encuestas 2016

En relación a la siguiente tabla 7 se derivan las siguientes como lo son las Condiciones higiénico sanitarias de la vivienda como buena 73.15%, regular el 22.15% y mala 4.70%.

Tabla 7. Condiciones de higiene en adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017

CONDICIONES DE HIGIENE	N	p	P
<i>BUENA</i>	33	22.1	22.1
<i>REGULAR</i>	109	73.2	95.3
<i>MALA</i>	7	4.7	100.0
<i>Total</i>	149	100.0	

Fuente: Encuestas 2016

En cuanto a las Condiciones de la habitación con respecto a la exclusividad de su habitación Solo anciano 29.53%, Anciano comparte con pareja el 63.76% y para el Anciano comparte con otras personas solo el 6.71% (Tabla 8).

Tabla 8. Condiciones de la habitación en adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017

CONDICIONES DE HABITACION	N	p	P
<i>SOLO ANCIANO</i>	36	24.2	24.2
<i>ANCIANO COMPARTE CON PAREJA</i>	108	72.5	96.6
<i>ANCIANO COMPARTE CON OTRAS PERSONAS</i>	5	3.4	100.0
<i>Total</i>	149	100.0	

Fuente: Encuestas 2016

Finalizando con el estado de la vivienda se complementa con la organización habitación que tenemos tres fases Buena 26.85%, Regular 66.44% y Mala 6.71% (Tabla 9).

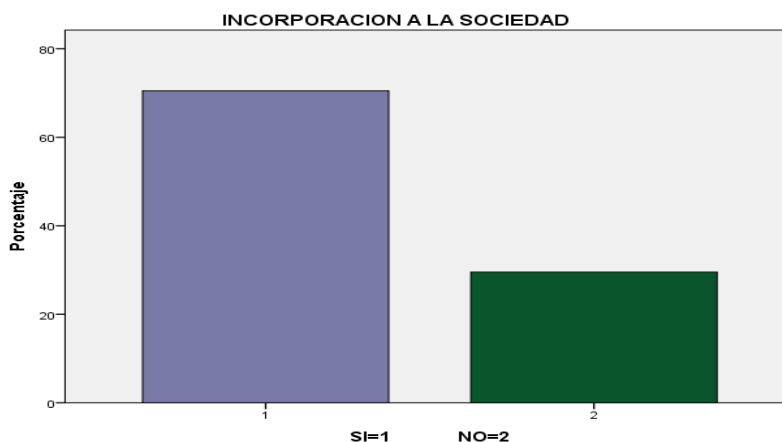
Tabla 9. Organización de la vivienda en adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017

ORGANIZACION DE HABITACION	n	P	P
<i>BUENA</i>	<i>40</i>	<i>26.8</i>	<i>26.8</i>
<i>REGULAR</i>	<i>99</i>	<i>66.4</i>	<i>93.3</i>
<i>MALA</i>	<i>10</i>	<i>6.7</i>	<i>100.0</i>
<i>Total</i>	<i>149</i>	<i>100.0</i>	

Fuente: Encuestas 2016

La Incorporación social del anciano quien tiene se siente incorporado ocupa el 70.47% lo que nos da una comparativa importante y considerable con respecto a los que no tienen esta saciedad de sentirse No incorporado siendo el 29.53% (Grafica 5).

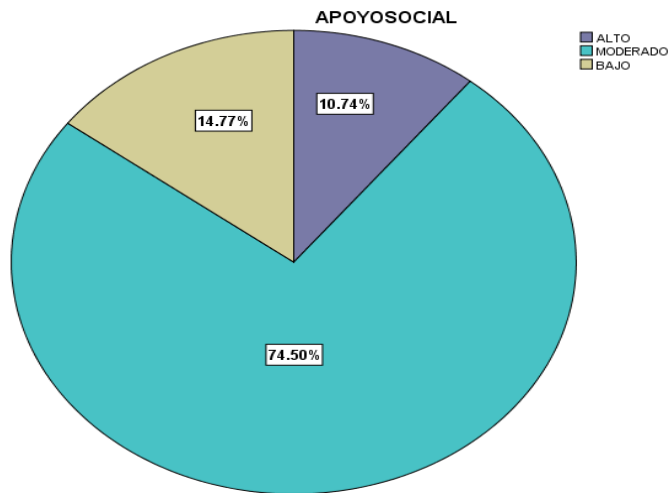
Grafico 5. Incorporación social vivienda en adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017



Fuente: Encuestas 2016

El Apoyo social en la población estudiada corresponde Alto el 10.74%, Moderado el 74.50% y Bajo el 14.77% (Grafica 6).

Grafico 6. Incorporación social vivienda en adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017



Fuente: Encuestas 2016

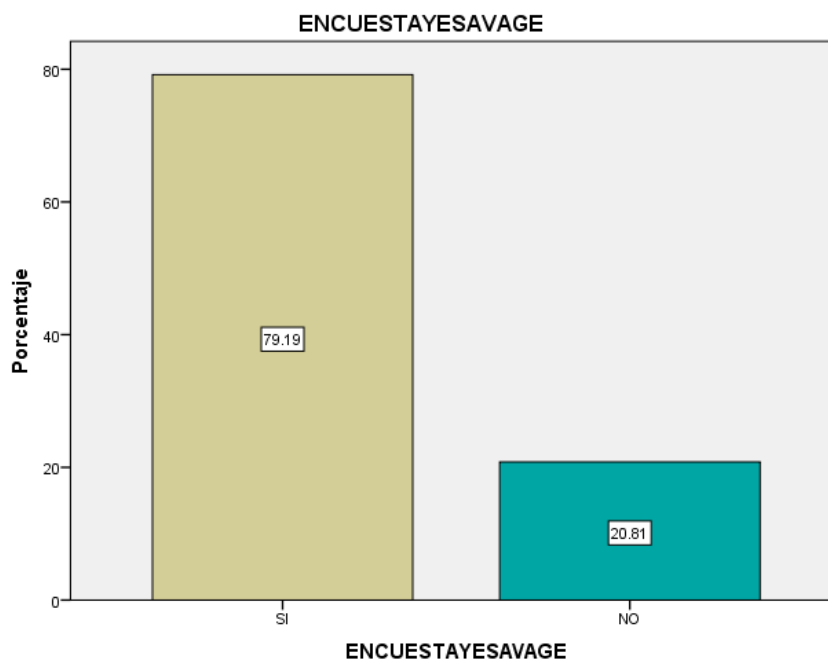
Según los datos obtenidos del estudio realizado en un total de 149 pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 2, de los cuales 118 pacientes(79.2%) presentan depresión, mientras que los que no padecen depresión son 31 pacientes (21%) (Tabla 10 y grafica 7).

Tabla 10. Presencia de depresión en adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017

PRESENCIA DE DEPRESION	n	P	P
<i>DEPRESION</i>	118	79.2	79.2
<i>SIN DEPRESION</i>	31	20.8	100.0
<i>Total</i>	149	100.0	

Fuente: Encuestas 2016

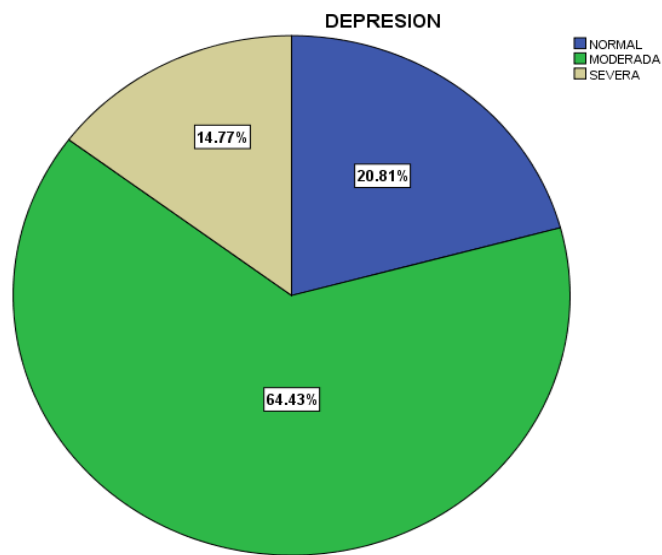
Grafico 7. Depresión en adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017



Fuente: Encuestas 2016

La depresión que presentan están dentro de los parámetros Normales el 20.81%, Moderada 64.43% y como problema presentando el 14.8% de los pacientes con Depresión Severa (Grafica 8).

Grafico 8. Grados de Depresión en adultos mayores de la UMF #2 del IMSS, 2015-2017



Fuente: Encuestas 2016

7.2 ANALISIS BIVARIADO

Se realiza análisis bivariado correlacionando presencia de depresión con diferentes variables socio demográficas y factores bio-psicosociales de los cuales se encuentra que: los adultos mayores que cuentan con un ingreso menor a 76 pesos diarios tienen el riesgo de padecer depresión hasta 8 veces más que los que tienen un ingreso más alto con IC 95% (5.50-14.28) y valor de p .000, mientras que una vivienda en mal estado otorga un riesgo hasta de 7 veces a depresión a diferencia de aquellos que su vivienda es de regular buenas condiciones con un IC 95% (4.60-10.34) valor de p .000, las malas condiciones higiénicas en el adulto mayor tienen relación como factor de riesgo de depresión hasta 6 veces el riesgo con un IC 95% (4.10-8.52) valor de p .000, las malas condiciones de la habitación otorga hasta 6 veces el riesgo de depresión con un IC 95 % (3.91-7.84) valor de p .000, la mala organización de la habitación otorga 7 veces el riesgo IC 95 % (4.46-9.81) valor de p .000, los adultos mayores con bajo apoyo social otorga hasta 14 veces el riesgo a depresión con un IC 95% (7.51-26.48) valor de p .000.

Así mismo se encuentra significancia estadística con un valor de p .000 en las variables de más de 3 comorbilidades y en adultos mayores de 70 años, pero sin relación en riesgo a depresión.

Las variables que no tuvieron significancia estadística fueron: genero, acontecimientos vitales, ocupación, incorporación a la sociedad, estado civil y comorbilidades.

Tabla 10. Resumen de correlación de depresión y factores bio-psicosociales.

Factor de riesgo	Con depresión %	Chi 2	RM	IC 95 %	valor p*
<i>Fe menino</i>	52				
<i>Masculino</i>	48	1.01	1.5	.679-3.32	0.416
<i>Adultos mayores de 70 años</i>	100				
<i>menores de 70 años</i>	0	20.98	0.68	.594 -.780	0.000
<i>Ingreso económico menor a 76 pesos</i>	52				
<i>Ingreso mayor a 76 pesos diarios</i>	48	68.23	8.8	5.50 - 14.28	0.000
<i>Mal estado de vivienda</i>	36				
<i>Estado de vivienda regular a buena</i>	34	45.2	6.9	4.60 - 10.34	0.000
<i>Malas condiciones de higiene</i>	23				
<i>Cond. de higiene regular buena</i>	77	27.95	5.9	4.10 - 8.52	0.000
<i>Malas cond. De habitación</i>	3				
<i>Cond. de habitación regular a buena</i>	97	19.69	5.5	3.91-7.84	0.000
<i>Mala organización e la habitación</i>	32				
<i>Org de habitación regular a buena</i>	68	40.8	6.6	4.46-9.81	0.000
<i>Bajo apoyo social</i>	71				
<i>Apoyo social regular a bueno</i>	29	98	14.1	7.51-26.48	0.000

Fuente: Encuestas 2016

VIII. DISCUSION

En México la depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población anciana. Los trastornos depresivos afectan aproximadamente a 10% de los adultos mayores que viven en la comunidad y entre 15 a 35% de los que viven en centros comunitarios, sin embargo, el diagnóstico de la función afectiva es uno de los grandes retos en la valoración geriátrica.

En el estudio realizado en la UFM No.2, se determina que los porcentajes encontramos presencia de la depresión en adultos mayores un porcentaje de 79.2% con depresión, del cual representa el 64.43% moderada y el 14.77% severa dejando a una minoría en ausencia de depresión del 20.8% que se no se detecta; una de las características con las que se presenta la enfermedad en este grupo de edad, hacen que se diagnostique poco y se trate menos, dando como consecuencia un grado de moderado a severo provocando que sea difícil de tratar, pues la voluntad del adulto mayor es la que se afectaría en una forma gradual, llevándolo a pensar que no tiene remedio.

Algunos estudios longitudinales han comprobado que la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores se asocia con un mayor número de visitas al médico, aumento en el uso de fármacos, de utilización de los servicios de urgencias y de costos globales como pacientes ambulatorios, lo que predispone nuevamente un factor provocando su estado mental y anímico que está enfermo y que no existe un medicamento que pueda aliviar su dolor o su salud, por el envejecimiento que el ya está viviendo.

En el estudio realizado estamos englobando a los pacientes que acuden mensualmente a su consulta regular, sin embargo hay ausencia de seguimiento por falta de apoyo de sus familiares al acudir solos, abriendo una ventana de posibilidad de que sean muchos más los adultos mayores adscritos a la Unidad Medica Familiar No. 2 de la ciudad de Chihuahua, quienes están en el estado de depresión, por esta causa no estén acudiendo.

Hoy en día ya se existen múltiples instrumentos de evaluación que facilitan la identificación de probables casos de episodio depresivo mayor; aunque ninguno de ellos sustituye la evaluación clínica cuidadosa que conforma el diagnóstico, ya que es importante determinar este grado de depresión para poder identificar esta, facilitando la detección temprana de episodios depresivos en adultos mayores se diseñó la escala de Yesavage para Depresión Geriátrica de quince ítems (GDS-15), que se desarrolló a partir de la revisión de una escala previa de 30 ítems (GDS-30). Este instrumento considera las particularidades de presentación clínica de este trastorno en adultos mayores.

La validez concurrente de la escala comparada con diagnóstico psiquiátrico ha sido demostrada en adultos mayores, en los que reciben tratamiento psiquiátrico y en los institucionalizados, también ha sido probada su validez y fiabilidad en población de adultos mayores consultante de los servicios de atención primaria. El límite depresión/no depresión se sitúa en 14 puntos, con una sensibilidad de 80% y una especificidad de 100%, constituyendo el personal de salud de atención primaria es un elemento clave para establecer de forma precoz el estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como cognitivo.

Es importante mencionar que en la actualidad la clasificación diagnóstica de la OMS es la más utilizada en el mundo y constituye un referente obligado para analizar los resultados de estudios epidemiológicos. Por lo anterior, la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología recomienda seguir estos parámetros para describir y analizar estudios epidemiológicos que se realicen en nuestro país. En relación a la prevalencia, en este estudio 79.19% de la población presentó algún grado de depresión según el instrumento utilizado, 14.77% con depresión severa y 64.43% con moderada. Márquez Cardoso y cols. En un estudio con 277 adultos mayores de una clínica del primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): Se obtuvieron 72.1% de pacientes con depresión, sin definir el grado de la misma.

Tapia Mejía y cols. en 123 pacientes, pero utilizando la escala de depresión de Calderón Narváez, reportaron 32.5% con depresión leve, 44.5% con depresión moderada, 2.5% con depresión severa y sólo menos de 20% tuvieron calificación normal. Existe similitud entre los resultados reportados en México;

Sin embargo, a excepción del estudio reportado por Da Silva Lima y cols., quienes refieren en 438 pacientes usuarios del primer nivel de atención médica, 35% con depresión leve, 39% con depresión severa y sólo 26% sin depresión, estos resultados resultan muy elevados si los comparamos con los reportados con la literatura internacional.

Cerdá-Díaz y cols. En Albacete, España, con 787 adultos mayores, obtuvieron una prevalencia de depresión de 22.6%; otros autores, aplicando la misma escala en adultos mayores que consultan los servicios de atención primaria, obtuvieron prevalencias de 9.69 a 32%. En relación a los factores de riesgo y la presencia de

depresión, existe cierta controversia con respecto a la edad, algunos autores refieren un aumento del padecimiento conforme aumenta la edad, mientras que otros mencionan una disminución del mismo.

Márquez Cardoso y cols. Tampoco encontraron dicha relación. Con respecto al género, la mayoría de los autores refieren que la depresión es más frecuente en las mujeres, Cerdá Díaz y cols. Reportaron una relación de 3:1, pero no realizaron análisis estadístico para validar.

Márquez Cardoso encontró diferencias estadísticas significativas a favor del género femenino. En este trabajo se tuvo una mayor prevalencia en los hombres (56.38 vs.43.62%) pero sin diferencias significativas. En este estudio la depresión en el hombre suele ser más prevalente, pero su diferencia con disminuye con la edad, de tal manera que según los ámbitos puede llegar a igualarse. Para el estado civil, la mayor prevalencia de depresión se presentó en los casados, difiriendo con lo reportado con otros autores, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas en comparación con los viudos haciendo la aclaración de que en este estudio un importante porcentaje de los encuestados que respondieron estado civil casado viven separados.

En este estudio se determina no solo los factores de normal, moderada y severa si no que constituye un todo dentro de su ámbito social y familiar, aspectos biopsicosociales que aportan gran influencia al diagnosticar su estado de depresión como lo es su estado civil siendo el 41.6% casado y viudo el 29.5% para constituir juntos el 71.1% una mayoría que depende de una persona ya sea físicamente o mentalmente, siendo esto un factor psicológico importante para su determinación. Otro de los factores que

considero importante para señalar un factor que influya para su estado de depresión es el nivel de estudios, ya que esto cambia su perspectiva con la vida, aquí se analizó que sin instrucción son el 38.9% de los entrevistados y primaria sin terminar el 22.82% esto nos deja como resultado que la mayoría del 61.72%, por lo que es evidente los factores biopsicosociales para nuestro estudio, pues en la mayoría presentan estos como factor pre disponente a un estado de depresión, pues representan su círculo más cercano familia y trabajo, pero no concluye ahí, pues encontramos que también las comorbilidades también generan un estado mental pues no permiten desenvolverse en un ambiente saludable que otorga bienestar, las estadísticas arrojan un 67.1% del rango de dos o más enfermedades, siendo el mayor porcentaje crónico degenerativas, debido a que estas no siempre son bien aceptadas al presentarse en los adultos mayores, con abandono recurrente al tratamiento que se les otorga, presentando y agravando el estado depresivo.

Con respecto a la relación entre los valores de la escala de recursos sociales y la depresión, no encontramos asociación estadísticamente significativa, Cerda Díaz y cols. Concluyen que no se demostró que el hecho de vivir solo estuviera relacionado con la presencia de depresión e incluso Chan y cols. Refieren que el soporte social no es un fuerte predictor del score total de depresión. Lo que sí es un hecho y quedó demostrado en este trabajo, es la fuerte relación existente entre la presencia de depresión y la calidad de vida relacionada con la salud, ya que en todas las dimensiones se encontró una asociación estadísticamente significativa, lo cual concuerda prácticamente con casi todos los autores revisados en la literatura, tal es el caso de da Silva y cols. Quienes refieren que de todas las variables analizadas en su

estudio, la severidad de la depresión fue la variable mayormente relacionada con una mala calidad de vida auto percibida. Chan y cols. Reportan también que las personas con depresión tuvieron una pobre percepción de su calidad de vida.

Uno de los mayores problemas en atención primaria la constituyen los “estados depresivos” que incluyen una amplia variedad de estudios afectivos anómalos. Esta situación es preocupante desde el punto de vista socio-sanitario por sus enormes repercusiones económicas, laborales, personales y, sobre todo, porque la mayoría de tales trastornos podrían beneficiarse de un tratamiento adecuado. De aquí la importancia de realizar estudios de cribado y diagnóstico en el primer nivel de atención, principalmente en este grupo poblacional, que permitan cuantificar esta patología y así evitar complicaciones posteriores mayores.

IX. CONCLUSION

La vida cotidiana puede ser una rutina en ser humano en su hacer diario, tal es el caso de que los factores bio-psicosociales afecten de manera directa en tu estado mental, físico y emocional, por lo que esto no es ajeno a los adultos mayores, al contrario ellos tienden más a ser influenciados por su ambiente dejándolos susceptibles y vulnerables ante estos, pues una vez que te afecta en tu entorno, afectara su mente, determinados por la manera de vivir de cada una de las personas, como habito o costumbre. Las personas mayores sufren de un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que repercuta en el estado de su cognición, y este riesgo aumenta cuando las condiciones ambientales sociales son poco estimulantes².

Sin embargo, no podemos dejar de lado la naturalidad de este, como lo es la percepción de los ancianos sobre su estado de salud que influye en su calidad de vida, y por tanto en su estado de salud, pues este se ve deteriorada por el proceso degenerativo natural de su edad, sin embargo, la calidad de vida con la que se desenvuelve una persona será el punto clave para que su vejez sea de calidad.

En este estudio logramos analizar factores bio-psicosociales que afectan al adulto mayor para un estado depresivo los que tienen que ver con eventos que ocurren en la convivencia familiar, pues si el mismo no es funcional trae consigo el agravamiento de los factores descritos.

La prevención primaria en este grupo de edad es de suma utilidad puesto que los factores que acogen y aquejan a estos pacientes son diversos, un cambio radical importante en el anciano para su vida diaria, primero que nada sería un reconocimiento y valoración médica continua, para determinar los factores que afectaran directamente

en su salud, pues aquellos factores nos medirán el grado de depresión que tendrán como adulto mayor, además de analizar los factores bio-psicosociales que determinan el grado con el que se presenta.

Analizar el estado físico para diagnosticar la fragilidad aparece como determinante fisiopatológico básico que define como la disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasia del organismo que se produce con el envejecimiento influenciada por factores genéticos y acelerada por enfermedades agudas o crónicas, hábitos tóxicos, condicionantes sociales y asistenciales⁷.

El servicio médico de primer nivel representa un gran apoyo a este grupo vulnerable que necesita de él, para sobrellevar sus enfermedades, las que representan en gran parte el deterioro y fragilidad durante el proceso de envejecimiento, además de evaluar las condiciones que alteran o modifican su estabilidad social, económico y emocional, los cuales pueden generar un estado de depresión causándole un estado mental de desesperanza, este estudio lleva a un resultado donde el grado de depresión de los adultos mayores es 79.19% según la encuesta Yesavage, la cual es y forma parte de la gran mayoría de adultos mayores que se encuentran afiliados a la Unidad Familiar Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 2, siendo números alarmantes pues ellos son tratados solo como adultos mayores con enfermedades, sin embargo, ya se tendría que establecer alguna medida para poder tratarlos de una manera diferente, no solo eso sino que a su vez, estar viendo la posibilidad de implementar este instrumento como base para tener un resultado primario y anticipado para darle un tratamiento seguro y eficaz, permitiendo ser un oportuno resultado que ayude verdaderamente al adulto mayor.

Buscamos el bienestar de las personas por medio de su salud, sin embargo en el caso de este grupo, sería eficaz no solo con un tratamiento que alivie su padecimiento que es degenerativo por consecuencia natural, sino más bien darle una prevención oportuna global para que mejore su calidad de vida y salud, cambiando su entorno promoviendo y alentando para que realice alguna actividad deportiva y una dieta saludable.

“Las actitudes ante la ancianidad están socialmente condicionadas, y solo son comprensibles dentro de la propia estructura social”³

La sociedad en conjunto con las redes de apoyo, lograría grandes cambios, fomentando la cultura de aceptación y adaptación en la realización de diversas actividades, sin importar la edad que defina esta, logrando englobar el grupo para una convivencia sana, otorgándole al adulto mayor una oportunidad para desempeñarse en la posibilidad de sus capacidades.

La depresión en adulto mayor se presenta en incremento, por los estándares impuestos por la sociedad a la sensación de pertenencia, productividad o actividad laboral, aislamiento social y familiar. Por lo que el verdadero reto es ser eficaz para poder anticipar el grado y progresión del grado depresión en ellos, ofreciendo el apoyo mediante las herramientas disponibles no solo en su estado de salud físico sino emocional viendo al paciente en su contexto holístico mejorando con esto su calidad de vida, llevando a cabo un cambio en cada uno de sus días.

X. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Este estudio esta principalmente enfocado a reconocer e identificar los factores bio-psicosociales que pudieran estar modificando o generando algún grado de depresión en el adulto mayor, por consecuente creemos resaltar los siguientes aspectos.

10.1 Recomendaciones

El médico familiar:

- ✓ Fomentar en el adulto mayor estilos de vida saludables.
- ✓ Buscar de manera intencionada y periódica síntomas depresivos.
- ✓ Realizar diagnóstico y tratamiento oportuno.
- ✓ Referencia oportuna en cuadros depresivos cuando estos así lo requieran.
- ✓ Alentar a los pacientes con riesgo de depresión para aumentar y mantener la actividad física compartida con familiares o amigos, así como la comunicación con los miembros de la familia y amigos.

10.2 Limitantes

- Baja afluencia a servicios de salud de primer nivel.
- Acude solo, lo que ocasionalmente predispone un entorpecimiento tanto en la emisión-recepción de la comunicación.
- Ausencia o poco interés por parte de familiares en aspectos de salud de adulto mayor.
- Falta de apego a sus tratamientos.
- Abandono de visita periódica para continuidad en su tratamiento y seguimiento adecuado.

Los lazos del núcleo familiar forman parte fundamental en el ser humano como parte de un conjunto o grupo, por lo que es necesario reforzar las redes de apoyo, mediante la actividad física y la comunicación, permitiéndole al adulto mayor obtener una calidad en su ambiente social que le otorgue satisfacción a nivel personal. Sin embargo no es lo único que podría ofrecer estas actividades pues al mantenerse en una actividad

física, dará como consecuencia una vida más saludable, considerando que impactara directamente en su salud.

También se determinó que no solo se trate al paciente de una manera subjetiva, sino determinar mediante herramientas sustentables el estado actual del paciente adulto mayor, quien se encuentra en vulnerabilidad por su condición con respecto a la edad de los otros pacientes, otorgándoles el beneficio de un tratamiento oportuno para así determinar la depresión en conjunto con sus enfermedades, ofreciéndole en la salud una mejora para su calidad de vida en conjunto.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bartán Cortés JJ, González-Montalvo JI, Solano Jaurrieta JJ, Hornillos Calvo M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica Med. Clin. (Barc) 2000; 115: 704-717
2. Dr. Jorge Chavez Samperio¹, Dra. Ma. Esther Lozano Dávila², Dr. Agutín Lara Esqueda³, Dr. Oscar Velázquez Monroy⁴. ¹ Especialista en Medicina del Deporte y miembro del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento del Adulto Mayor, S.S.A., ²Jefe del Área de Prevención y Control de Enfermedades, Coordinación de Salud Comunitaria del I.M.S.S. ³Director del Programa de Salud del Adulto y el Anciano, S.S.A. ⁴Director General del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, S.S.A. La actividad Física y el deporte en el Adulto Mayor. Bases Fisiológicas. (3-13).
3. Lic. Rosa C. Morfi Samper, Profra. Aux. Master en Ciencias en Geriatria Medica y Social Miembro Titular de la SOCUNF Facultad de Ciencias Medicas Gral. CaliXto Garcia La Habana, Cuba. Aspectos éticos de la enfermedad de Alzheimer. http://fcmfajardo.sld.cu/cev2002/conferencias/enfermeria_rosa_morfi.htm.
4. SEGOB, Secretaria de Gobernacion. México en Cifras, Proyecciones de la Poblacion 2010-2050. http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Mexico_en_cifras
5. Adalberto campos arias. Curso y pronóstico de la depresión en ancianos. Medunab, revisión de tema. (192-194)
6. Fernando A. Wagner, Catalina Gonzalez-Forteza, Sergio Sanchez-Garcia, Carmen García-Peña, Joseph J. Gallo. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. (3-9)

7. Patricia Alonso Galbán, Félix Jose Sansó Soberats, Ana María Díaz-Canel Navarro, Mayra Carrasco García y Tania Olivas. Revista Cubana de la Salud Pública, v.33 n.1 Ciudad de la Habana ene.mar. 2007. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010

8. Joaquín Giro Miranda (coord.) Envejecimiento y sociedad "Una perspectiva pluridisciplinar" Universidad de la Rioja. Se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan mas allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyrtht. 2004 (19-40).

9. Lluvia Karina Wilson- Escalante, Marta Asunción Sánchez -Rodríguez, Víctor Manuel Mendoza-Núñez. Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores un estudio exploratorio. (244-246)

10. Dra. Adela Herrera P., Dr. Andrés Guzmán H. Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. (65-76)

11. Víctor T. Pérez Martínez; Nora Arcea Chavez. Comportamiento de los factores bio-psicosociales en la depresión del adulto mayor. (1-2)

12. TAMAYO y TAMAYO, M. El proyecto de investigación. Serie: aprender a investigar. Bogotá: ICFES-ICESI. Modulo 2

13. PINEDA, Ej. DE ALVARADO, E.L. y DE CANALES, F.H. Metodología de la investigación en salud. Washington: OMS, OPS, 2 ed. 1994.

14. Varkevisser, Corlien y otros. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. Serie de capacitación en investigación en sistemas de salud. Vol.2, parte 1. Módulo 8, s.a. 1995.

15. LTS Araceli Fernández –Vásquez, QBP Roció Dávila-Mendoza, Dra. Yolanda del Carmen Moreno-Castillo, Briol. Alberto González Pedraza-Avilés Importancia del diagnóstico de la depresión en adultos mayores en una clínica de medicina familiar. (83-88)

15. Dr. Marcos Castro Lizárraga, M.I.B.B Serafín Ramírez Zamora, Dr. Luis Víctor Aguilar Morales, Dr. Víctor Manuel Díaz de Anda. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. (132-136)

16. Mariela Borda Pérez, María Paulina Anaya Torres, María Milena Pertuz Rebolledo, Laura Romero de León, Adriana Suárez García, Alexandra Suárez García Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. (64-72)

17. Reinalda de la C. Rosales Rodríguez, Reina de la Caridad García Díaz, Eloina Quiñones Macías K Estilo de vida y auto percepción sobre salud mental en el adulto mayor. (61-66)

18. Aarón Salinas Rodríguez. M en C. Betty Manrique-Espinoza. D en C. Gilberto Isaac Acosta-Castillo, M en C, Aurora Franco-Núñez, Lic., Oscar Rosas-Carrasco, M en C, Luis Miguel Gutiérrez-Robledo, D en C, Ana Luisa Sosa Ortiz Validación de un punto de corte para la versión breve de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en adultos mayores mexicanos., D en C. (279-284)

19. Jesús Alfonso Martínez-Mendoza, Verónica Araceli Martínez-Ordaz, Carlos Gerardo Esquivel-Molina, Víctor Manuel Velasco-Rodríguez prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. 21-28

20. Adalberto Campos Arias. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Curso y pronostico de la depresión en ancianos. Med. Unab Vol. 4 Numero 12-Diciembre de 2001, (192-194).

21. Jairo León Cardona, María Mercedes Villamil Gallego, Eucaris Heneao Villa, Ángela Quintero Echeverri. El afrontamiento de la soledad en la población adulta. (150-160)
22. Dr. Carlos E. García. B. Rev. Med. Clin. Condes Evaluación y cuidado del adulto mayor frágil... (36-41)
23. Transición epidemiológica la otra cara de la moneda. Gonzalo Valdivia C Rev. Mes. Chile 2006; 134: (675-678)
24. Sánchez Rodríguez MA, Mendoza Núñez VM. Envejecimiento, enfermedades crónicas y antioxidantes, México: FES Zaragoza, UNAM: 2003
25. Pérez Millán I. Medicina Preventiva en Geriatría. En Guillen Lliera F, Ruiz Pérez Cantera I, Editores. Manual de Geriatría. Barcelona: Masson; 2002. (115-124)
26. Shua-Haim JR, Sabo MR, Costi E, Gross JS. La depresión en los ancianos. Trib. Med 1998; 97: 59-71.
27. PARDO DE V., Graciela; CEDEÑO C. Marlene. Investigación en salud. Factores sociales. Bogotá: Interamericana. 1997.
28. POLIT Y HUNGLER. Investigación científica en ciencias de la salud. 4 ed. Barcelona Interamericana.
29. TOVAR, María Clara. Variables y su medición. Módulos de investigación del Valle.
30. Salud y calidad de vida en las personas mayores, Francisco Ramos Campos pág. (86-87 pág.)
31. Cerdá DR, López-Torres HJ, Fernández OC, López VMA, OteroPA. Depresión en personas ancianas. Factores asociados. Aten Primaria 1997; 19(1): 12-7.

32. Tapia-Mejía MS, Morales-Hernández JJ, Cruz-Ortega RM, De la Rosa-Morales V. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. Rev. Enferm. IMSS 2000; 8(2): 87-90.


33. Márquez CE, Soriano SS, García HA, Falcón GMP. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Aten Primaria 2005; 36(6): 345.

34. Da Silva Lima AF, de Almeida Fleck MP. Subsyndromal depression: an impact on quality of life? J Affect Disord. 2007; 100(1-3): 163-9.

35. Taqui AM, Itrat A, Qidwai W, and Qadri Z. Depression in the elderly: does family system play a role? A cross-sectional study .BMC Psychiatry 2007; 7: 57.

36. Maharaj RG, Reid SD, Misir A, Simeón DT. Depression and its associated factors among patients attending chronic disease clinics in southwest Trinidad. West Indian Med. J 2005; 54(6):369-74.

ANEXO 1

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	Grados de Depresión y los factores bio-psicosociales en adultos mayores con depresión, en la Unidad de Medicina Familiar #2 en la Cd. Chihuahua, Chihuahua de Septiembre de 2015 a julio de 2017
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de medicina familiar # 2 en la ciudad de chihuahua, chihuahua de septiembre de 2015 a julio 2017
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio se realiza con el motivo a recabar información y el objetivo detectar a tiempo, para cuantificar los diversos Grados de Depresión y los factores bio-psicosociales en adultos mayores con depresión, en la Unidad de Medicina Familiar #2 en la Cd. Chihuahua, Chihuahua
Procedimientos:	Se aplicara cuestionario asistido
Posibles riesgos y molestias:	el tiempo de la aplicación del cuestionario
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El agradecimiento por parte del investigador
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informara de los resultados de manera personal y confidencial
Participación o retiro:	En el momento que el participante lo desee
Privacidad y confidencialidad:	La aplicación del cuestionario así como los resultados serán de manera privada y confidencial
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Ofrecer herramientas disponibles para obtener conocimiento, con el fin de dar tratamiento efectivo para aquellos Adultos Mayores con depresión.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Francisco Hernan Acosta Ortega
Colaboradores:	Dra. Solorio Páez Isis Claudia y Dra. Virginia Márquez Ro sales
<p><u>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</u></p>	
	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Nombre y firma del sujeto	
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	



Anexo 2

Grados de Depresión y los factores biopsicosociales en adultos mayores con depresión, en la Unidad de Medicina Familiar #2 en la Cd. Chihuahua, Chihuahua de Septiembre de 2015 a julio de 2017

En el Instituto Mexicano del Seguro Social estamos realizando un estudio sobre diferentes factores biopsicosociales asociados a depresión en adulto mayor. Sus datos, así como toda la información que usted nos brinde, se manejarán de forma confidencial.

Por favor añada lo que se pide o crúcelo

I.- Aspectos socio demográficos.

Nombre y apellidos: _____ Edad. _____

Sexo 1. Femenino 2. Masculino

Escolaridad

1. Sin instrucción
2. Primaria sin terminar
3. Primaria terminada
4. Secundaria básica
5. Preuniversitario
6. universitario

➤ ¿Marque las enfermedades que usted en este momento padece?

Diabetes mellitus _____ hipertensión arterial _____
obesidad _____ Colesterol y (o) triglicéridos _____

➤ ¿Sus ingresos diarios son?

1. 151 pesos o mas
2. Entre 75 y 150 pesos diarios
3. Hasta 75 pesos diarios

➤ ¿Su fuente de ingreso es?

1. Salario
2. Jubilación
3. Pensión

4. Jubilación y salario

Parte II. Condiciones de vivienda

➤ ¿Estado actual de la vivienda?

1. No requiere reparación o esta es mínima, vivienda de block o ladrillo con suficiente ventilación, cuenta con todos los servicios
2. Block, ladrillo o madera, vivienda que requiere reparaciones mayores, ventilación insuficiente dificultades en el acceso de servicios y contar con paredes y techos en mal estado.
3. Madera o cartón requiere de reparación, de ventilación muy insuficiente y no cuenta con servicios

➤ ¿Condiciones higiénico-sanitarias?

1. Servicio sanitario, se almacena la basura en depósitos con tapa, no se cuentan con animales domésticos en su interior.
2. Servicio sanitario, se almacena la basura en depósitos sin tapa, s animales domésticos dentro de la vivienda.
3. Carece de servicio sanitario, se almacena basura en depósitos sin tapas y animales domésticos en su interior.

➤ ¿Condiciones de habitación?

1. Habitación para uso exclusivo.
2. Comparte su habitación exclusivamente con su pareja o cónyuge.
3. Comparte su habitación con otras personas (familiares o no).

➤ ¿Organización habitacional?

1. Organizada y cómoda, sin obstáculos que impidan el libre movimiento._____
2. Carece de obstáculos que impidan el libre movimiento pero sus comodidades son limitadas._____
3. Si existen obstáculos y las comodidades son muy limitadas._____

Instrucciones

A continuación encontrará algunas preguntas con respecto a las personas con las que se relaciona más estrechamente. Debe seleccionar y marcar con una **X** la casilla.

Área Soporte Salud

¿Tiene Ud. confianza en su médico?

Si No A veces

¿Cree que su médico se preocupa por Ud. no solo como paciente sino como persona?

Si No A veces

¿Tiene Ud. buenas relaciones con su médico?

Si No A veces

¿La enfermera de su área lo visita periódicamente?

Si No A veces

¿Se siente bien atendido en su área de salud?

Si No A veces

¿Considera que en su área se le da a su enfermedad la importancia que merece?

Si No A veces

¿Cuándo Ud. no asiste a consulta, lo citan nuevamente?

Si No A veces

¿Le explica su médico lo que Ud. desea saber acerca de su enfermedad?

Si No A veces

¿Cuándo Ud. se siente mal, sabe que en su área se le atenderá como Ud. espera?

Si No A veces

¿Cuándo Ud. necesita realizar actividades fuera de lo común, su médico le aconseja como hacerlo para que no se afecte su control?

Si No A veces

Área Soporte laboral

¿Tiene su jefe una buena opinión de Ud.?

Si No A veces

¿Se siente aceptado dentro de su colectivo laboral?

Si No A veces

¿Tiene un vínculo laboral estable?

Si No A veces

¿Recibe apoyo y ayuda de sus compañeros de trabajos?

Si No A veces

¿Existe comprensión a su condición de diabético?

Si No A veces

Atención Soporte Familiar

¿Su familia se preocupa por Ud.?

Si No A veces

¿Se siente Ud. subvalorado por su familia?

Si No A veces

¿Su familia lo ayuda a llevar el tratamiento?

Si No A veces

¿Cuándo tiene problemas puede contar con su familia?

Si No A veces

¿Encuentra Ud. comprensión en su familia?

Si No A veces

Área Soporte Pareja

¿Recibe Ud. ayuda de su pareja?

Si No A veces

¿Se siente Ud. subvalorado por su pareja?

Si No A veces

¿Siente que su pareja lo comprende?

Si No A veces

¿Su pareja se preocupa por Ud. todo lo que Ud. desea?

Si No A veces

¿Considera que a su pareja le molesta su condición de enfermo?

Si No A veces

Atención Soporte Relaciones Sociales

¿Tiene amigos de su edad?

Si No A veces

¿Se siente Ud. solo?

Si No A veces

¿Tiene buena relación con sus vecinos?

Si No A veces

¿Ud. busca tranquilidad y consuelo en sus creencias, (si las tiene)?

Si No A veces

¿Tiene con quien conversar cuando lo desea?

Si No A veces

¿Aparte de su familia, cree que hay personas que se preocupan por Ud.?

Si No A veces

¿Tiene algún buen amigo en el que pueda confiar plenamente?

Si No A veces

¿Sus amigos lo buscan cuando tienen algún problema?

Si No A veces

¿Se siente a menudo defraudado por las personas en quienes confía?

Si No A veces

¿Algunas personas no lo invitan a salir por temor a que es diabético?

Si No A veces

Índice Contacto Social

¿Cuál es su estado civil? _____

¿Con que frecuencia visita a sus amigos y parientes?

- ___ Nunca
- ___ Una vez al año
- ___ Dos veces al año
- ___ Una vez al mes
- ___ Una vez a la semana
- ___ Mas de una vez a la semana

¿Cuántas casas de amigos o parientes visita usted, como promedio al mes?

___ Ninguna

- Una o dos
- Tres o cuatro
- Cinco o seis
- Entre siete y diez
- Más de diez

¿Cuántas personas lo vienen a visitar o lo llaman por teléfono en el día?

- Ninguna
- Una o dos
- Tres o cuatro
- Cinco o seis
- Entre siete y diez
- Más de diez

¿Con que frecuencia asiste a reuniones o fiestas de amigos?

- Ninguna
- Una o dos
- Tres o cuatro
- Cinco o seis
- Entre siete y diez
- Más de diez

Calificación: _____

- 1. Alto apoyo: De 74 a 153 puntos**
- 2. Moderado o medio: Entre 53 y 73 puntos**
- 3. Bajo apoyo: Menos de 53 puntos**

PARTE III. ENCUESTA DE YESAVAGE

Un número de respuestas erróneas superior a 4 se considera depresión.

- 1- *¿Está básicamente satisfecho con su vida?* SÍ NO
- 2- *¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?* SÍ NO
- 3- *¿Siente que su vida está vacía?* SÍ NO
- 4- *¿Se siente a menudo aburrido?* SÍ NO
- 5- *¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?* SÍ NO
- 6- *¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?* SÍ NO
- 7- *¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?* SÍ NO
- 8- *¿Se siente a menudo sin esperanza?* SÍ NO
- 9- *¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?* SÍ NO
- 10- *¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?* SÍ NO
- 11- *¿Cree que es maravilloso estar vivo?* SÍ NO
- 12- *¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?* SÍ NO
- 13- *¿Piensa que su situación es desesperada?* SÍ NO
- 14- *¿Se siente lleno de energía?* SÍ NO
- 15- *¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?* SÍ NO

No conteste lo anterior

Resultado de items

1. 0-5 normal
2. 6-10 depresion moderado
3. Mas de 10 depresion severa

Fecha: _____

ANEXO 3



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	JULIO 2015	AGOSTO 2015	SEPTIEMBRE 2015	OCTUBRE 2016	NOVIEMBRE 2017
Búsqueda de información	0				
Elaboración de protocolo		0			
Revisión de protocolo			0		
Búsqueda preliminar de pacientes			0		
Recolección de base de datos				0	
Análisis de datos				0	0
Redacción de informe e impresión.					0

0 realizado

X pendiente