



UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON Y SIN
DEPRESIÓN EN LA CIUDAD DE MORELIA”

TESIS

QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

PLESS. EUNICE AYALA RAMÍREZ

ASESORA:

DRA. MARÍA MAGDALENA LOZANO ZÚÑIGA

COASESORA

MTRA. ANA CELIA ANGUIANO MORAN

MORELIA, MICHUACÁN

NOVIEMBRE DEL 2016



Dedicatoria

A Dios por darme la oportunidad de dar culminación a este proyecto en el tanto se trabajó, gracias porque él siempre ha sido el pilar que sostiene lo que hasta el día de hoy soy.

A mis padres y mi hermana, este trabajo está dedicado para ellos que me han apoyado a lo largo de este trayecto que con empeño y dedicación puedo decir que se ha logrado.

Gracias a ellos que han sido las personas que me han impulsado a superarme día con día, a decir no al conformismo a abrazar la persistencia, a no rendirme a pesar de las circunstancias por muy difíciles que estas sean y hacerle frete a la vida. Este logro es para ustedes que han estado presente en cada éxito que he logrado.

Agradecimientos

Gracias a mis abuelos, tíos (as) y pastores, por sus consejos y sus palabras de ánimo durante todos mis estudios los cuales han sido piezas claves en este logro.

Puedo decir que valió la pena cada uno de mis desvelos, que 5 años de carrera forjaron la persona que soy, gracias a cada uno de mis maestros que se vieron inmersos en mi educación.

También quiero agradecer a mi asesora; a la Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga y mi amiga Marcia Alejandra Abarca Magaña quienes atendieron mis consultas y en general me guiaron en el transcurso de este trabajo, gracias por ver mí las capacidades y las cualidades para realizar este trabajo, gracias por la confianza depositada en mí. Aprendí mucho de ustedes como personas.

A todos ustedes gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I. JUSTIFICACIÓN	7
CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
CAPITULO III. OBJETIVOS	16
3.1. GENERAL	16
3.2. ESPECÍFICO.....	16
CAPITULO IV. HIPÓTESIS	17
CAPÍTULO V. MARCO TEÓRICO.....	18
5.1. DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR	18
5.2. ESTADISTICA DE POBLACIÓN ADUTA MAYOR	19
5.3. ENVEJECIMIENTO	20
5.4. NATURALEZA DEL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO.....	20
5.5. DEPRESIÓN	22
5.5.1. CAUSAS.....	22
5.5.2. DEPRESIÓN EN MUJERES	23
5.5.3. DEPRESIÓN EN HOMBRES	24
5.5.4. DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES.....	25
5.5.5. SINTOMAS DE LA DEPRESIÓN	26
5.5.6. DIAGNÓSTICO	27
5.6. ASPECTOS GENERALES; CALIDAD DE VIDA	28
5.6.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA.....	29
5.6.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA	30
5.7. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO.....	40
5.8. TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	41
5.9. TEORIA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA.....	41

CAPÍTULO VI. METODOLOGÍA	44
6.1. TIPO DE ESTUDIO	44
6.2. SUJETOS DE ESTUDIO:	45
6.3. MUESTRA.....	45
6.3.1. Muestra no probabilística o dirigida	45
6.4. CRITERIOS DE ESTUDIO	46
6.4.1. Criterios de inclusión:	46
6.4.2. Criterios de exclusión:	46
6.4.3. Criterios de eliminación:	46
6.5. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	47
6.6. VARIABLES DE ESTUDIO.....	47
CAPÍTULO VII. RESULTADOS	54
CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN	63
CAPÍTULO IX. CONCLUSIONES	67
CAPÍTULO X. SUGERENCIAS	68
CAPÍTULO XI. GLOSARIO	69
CAPÍTULO XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
CAPÍTULO XIII. APÉNDICES	83
Apéndice 1 Operacionalización de Variables.....	83
Apéndice 2 Consentimiento Informado	86
Apéndice 3 Instrumentos	87
Apéndice 4 Autorización Comité de Bioética	93
Apéndice 5 Gráficas.....	94

RESUMEN

Introducción: La población adulta mayor es uno de los grupos más vulnerables y con mayor riesgo de problemas, debido al proceso del envejecimiento, el envejecimiento del organismo humano es un proceso individual y colectivo en el individuo pero es muy condicionado por la soledad, depresión y la calidad de vida. A menudo encontramos la presencia de síntomas depresivos en esta etapa de la vida del ser humano. La calidad de vida se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer propiamente sus necesidades tanto individuales como colectivas. Sin embargo existen varios aspectos en el adulto mayor que deterioran su calidad de vida. La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada “Calidad de vida” y ésta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social y un buen estado de salud. **Objetivo:** Analizar la calidad de vida en adultos mayores con y sin depresión en la ciudad de Morelia

Metodología: La presente investigación es de tipo cuantitativa, diseño metodológico descriptivo de corte transversal. Se aplicó el instrumento SHORT FORM-36 (SF-36), que mide la calidad de vida y el instrumento de Yesavage para medir depresión. La muestra comprende 150 pacientes. **Resultados:** La población participante fue 77 varones mostrando un porcentaje del 51%, mientras el 49% son de género femenino con un total de 73 mujeres, en cuanto a la edad la mayor participación está en el grupo de 75 y más con 47 (31%), seguido del grupo de edad 60 a 64 años con 43 (29%), continua el de 65 a 69 donde participaron 36 (24%), y por ultimo agrupan 24 (16%) personas de 70 a 74. La religión que más se profesa es la católica con 118 (79%), le sigue la cristiana con 26 (17%), 3 (2%) son ateos, mientras que el otro 3 (2%) son testigos de Jehová. Respecto a la ocupación la mayor parte de los adultos mayores se dedican al hogar. Referente a la depresión de los resultados obtenidos de acuerdo al instrumento “Escala de depresión geriátrica- test de Yesavage”, el 68 (46%) se encuentran sin depresión en estado “normal”, el 32 (21%) presentan depresión moderada, mientras un 50 (31%) tiene depresión establecida. **Discusión:** Se comprobó la hipótesis establecida. La calidad de vida de los adultos mayores está relacionada con la

presencia o ausencia de depresión. **Conclusión:** La calidad de vida es parte fundamental de la percepción personal de cada individuo, de ello depende el cuidado y la salud tanto del individuo, como de la familia y la comunidad. Los pacientes con depresión poseen una calidad de vida media, por lo que se observa un deterioro en su calidad, lo que viene a limitar las condiciones tanto de funcionalidad como de autonomía, lo que se ve reflejado en la realización de las actividades cotidianas.

Palabras Claves: Adulto mayor, depresión y calidad de vida

ABSTRACT

Introduction: The elderly adult population is one of the most vulnerable groups with the highest risk of problems, due to the aging process, the aging of the human organism is an individual and collective process in the individual, but it is very conditioned by loneliness, depression and quality of life. We often find the presence of depressive symptoms at this stage of human life. Quality of life is defined as a state of physical, social, emotional, spiritual, intellectual and occupational well-being that allows the individual to properly meet his or her individual and collective needs. However there are several aspects in the elderly that deteriorate their quality of life. The satisfaction of the needs of the human species is what determines the so-called "Quality of life" and this is, in turn, the concrete foundation of social welfare and good health. **Objective:** To analyze the quality of life in the elderly with and without depression in the city of Morelia **Methodology:** The present research is a quantitative type, descriptive methodological design with cross - sectional design. The SHORT FORM-36 (SF-36) instrument, which measures the quality of life and the Yesavage instrument for measuring depression, was applied. The sample includes 150 patients of 2 level of care. **Results:** There were 77 male participants, 51% of whom were female, while 49% were female, with a total of 73 women. The highest participation rate was in the group of 75 and over 47 (31 %), Followed by the age group 60 to 64 years old with 43 (29%), continuing the 65-69 group where 36 (24%) participated, and lastly they grouped 24 (16%) people from 70 to 74. Religion (79%), Christian (26%), 3 (2%) are atheists, while the other 3 (2%) are Jehovah's Witnesses. Regarding the occupation, the majority of the elderly are dedicated to the home. Regarding the depression of the results obtained according to the instrument "Geriatric depression scale - Yesavage test", 68 (46%) are without "normal" depression, 32 (21%) present moderate depression, while 50 (31%) had established depression. **Discussion:** The established hypothesis was verified. The quality of life of the elderly is related to the presence or absence of depression. **Conclusion:** Quality of life is a fundamental part of the personal perception of each individual. It depends on the care and health of the individual, the family and the community. Patients

with depression have a medium quality of life, so a deterioration in quality is observed, which limits the conditions of both functionality and autonomy, which is reflected in the performance of daily activities.

Keywords: Older adults, depression and quality of life

INTRODUCCIÓN

La población adulta mayor es uno de los grupos más vulnerables y con mayor riesgo de problemas, debido al proceso del envejecimiento, existen ciertos factores asociados como los son los problemas: físicos, psíquicos, sociales y económicos, los cuales desencadenan cambios en la calidad de vida del adulto mayor.

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de la vida, sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma, la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se ha tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, los estilos de vida, exposición a factores de riesgo y posibilidades de acceso a la educación y a la promoción de la salud en el transcurso de la vida.

A menudo encontramos la presencia de síntomas depresivos en esta etapa de la vida del ser humano, según las estadísticas revelan que ente 10% y el 45% de la población adulta mayor ha presentado estos síntomas y otros tantos cursan por ella.

En la investigación lo que se pretende es comprender el significado de la expresión lingüística “calidad de vida del adulto mayor con y sin depresión” que tiene para sí mismo, como para los que le rodean.

El documento se estructuró en varios apartados. El primer apartado de la justificación presenta la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad del problema de estudio.

En el siguiente apartado se presentan los argumentos que fundamentan la necesidad de explorar la influencia de un elemento como lo es la calidad de vida de los adultos mayores.

Posteriormente se delimita el propósito establecido para el estudio a través del objetivo general, definiendo mediante los objetivos específicos los pasos que

permitirán alcanzar el fin último de la investigación; el siguiente elemento incluido es la hipótesis.

El siguiente apartado del marco teórico organiza los elementos teóricos derivados del planteamiento del problema organizados en dos variables: calidad de vida y adultos mayores con y sin depresión.

El apartado consiguiente presenta la metodología, detallando los procedimientos y herramientas que permitirán al autor cumplir con el objetivo de la investigación, incluyendo el planteamiento de las consideraciones éticas y legales consideradas para el desarrollo de este estudio tomando como fundamento el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Se incluye de igual manera las referencias consultadas durante el proceso.

CAPITULO I

JUSTIFICACIÓN

La vejez hoy en día constituye uno de los problemas sociales que nos demandan mayor atención, ya que se enfrentan a cambios de funciones y condiciones de absoluta pobreza y abandono (Quintanar, 2010).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) nos señala que la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.

Se prevé que para el 2050 1 de cada 5 personas será mayor de 60 años. Para este mismo año el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos lo que propiciara aún más que se vean abatidos los factores tanto individuales como los ambientales de cada longevo, lo que impedirá que se lleve a cabo una buena calidad de vida en el adulto mayor (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

Por otra parte, la depresión es una de las patologías que se ve involucrada en la etapa de la vejez, relacionado a varios factores que la a quejan. La depresión puede llegar a causar grandes sufrimientos e incluso llegar trastornar la vida cotidiana. Un estudio realizado por la OMS nos señala que la depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5.7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores.

La situación a nivel mundial de adultos mayores con depresión, refiere una prevalencia en hombres de 1.9% y de 3.2% en las mujeres. (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Actualmente hay 4.86 millones de ancianos en el país. En 1970 el porcentaje de adultos mayores de 65 años correspondía al cuatro por ciento, para el año 2025, el porcentaje aumentará hasta un 10 por ciento, con alrededor de 12.5 millones de adultos mayores. Para el año 2050, con una población de 132 millones, uno de cada cuatro habitantes será considerado senescente, según datos del año 2000 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2012).

Mientras que en la nación se muestra una constante en hombres de 8.5% y 17% en mujeres. (Medina, 2006).

A nivel estatal existe un aumento, según nos revela un estudio, cifras de 43% en mujeres y 27% en hombres. (Secretaría de Salud, 2012).

En la sociedad se presenta una situación que alarma en los profesionales, ya que los adultos mayores sufren deterioros mentales y físicos, pero principalmente de status, es decir en la funciones y roles de la tecnología y avances sociales cuyo efecto positivo sería un alargamiento de vida, pero ello no se refleja en una mayor calidad de vida. Si bien es cierto que el avance de la edad con lleva a la pérdida paulatina de ciertas habilidades y facultades, esto no designa al anciano de su historia. Tampoco pierde todas sus capacidades. Conserva sus hábitos, valores, virtudes y sus defectos.

Por lo tanto, la modernización (educación, jubilación, urbanización, etc.) tarde que temprano influyen en el cambio de las funciones de las personas adultas mayores dando lugar a la transformación psicosocial de status de la vejez, puesto que el adulto mayor se siente más feliz cuando realiza alguna actividad, todo lo contrario a la carencia de la actividad, ya que origina en ellos apatía, pesimismo e incluso depresión.

En 2012, Capote, Casamayor, Castañer, llevaron a cabo una investigación en la Habana, Cuba, con el objetivo de evaluar la calidad de vida y la depresión en adultos mayores. El estudio fue de tipo observacional, analítico, descriptivo, y de corte transversal. Su muestra consto de 30 pacientes con 60 años y más de edad, fue seleccionada en forma aleatoria de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. El 44% de total de los pacientes eran adultos mayores. Se determinó que el 60% de pacientes presenta una buena calidad de vida y el 76.6% presento elementos compatibles con la depresión. Los datos fueron tabulados en el programa SSPS versión 11.5. Se utilizó el test de correlación de Pearson para analizar el grado de asociación de las variables. Al relacionar la calidad de vida con la depresión se obtuvieron datos significativos estadísticamente (χ^2 de Pearson= 6,087; $P=0,014$; $OR= 2,091$). La intensidad de la depresión también tuvo relación con la calidad de vida (χ^2 de Pearson= 8,750 y $p= 0,013$).

Se encontró una correlación positiva y significativa, ya que la de los adultos mayores percibe una buena calidad de vida. La depresión en estos pacientes es muy frecuente, situación que se debe tener en cuenta debido a la influencia que ejerce sobre la calidad de vida de este grupo etario.

Estrada, Cardona, Segura, Chavarriaga, Ordóñez y Osorio (2011) realizaron un estudio que tuvo la finalidad de investigar y explorar las condiciones asociadas con la calidad de vida de los ancianos en hogares geriátricos. El estudio implementado fue de tipo transversal, con una muestra probabilística de 276 ancianos de 39 Centros de Bienestar en Medellín. El proyecto se basó en el modelo *World Health Organization Quality of Life of Older Adults* (WHOQOL-OLD) de la Organización Mundial de la Salud; se utilizó la escala de depresión de Yesavage, la de ansiedad de Goldberg, la de funcionalidad de Pfeffer, la mini valoración nutricional y, además, se evaluaron aspectos demográficos y sociales. Los resultados obtenidos arrojaron deterioro en la calidad de vida en cuanto a las condiciones de funcionalidad y autonomía, las cuales limitan la realización de las actividades de la

vida diaria en los adultos mayores, agravando al sexo femenino y aunado a ello el presentar sintomatología depresiva y de ansiedad.

En 2011, Andrade efectuó una investigación en Riobamba, Ecuador cuyo objetivo fue determinar el nivel de depresión en los adultos mayores. En un estudio descriptivo, de corte transversal con una muestra de 212 adultos mayores. Se utilizaron como instrumento la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Los resultados obtenidos declaran que la mayor parte de la población investigada, en un 93,7% presenta depresión en sus diversas intensidades (moderada y grave) según las determinantes evaluadas.

En el 2006, Hidalgo ejecuto una investigación en Valdivia, Chile, con el objetivo de Identificar y comparar la calidad de vida, en el aspecto biopsicosocial, de dos grupos de adultos mayores. El tipo de estudio fue cuantitativo, comparativo, descriptivo, transversal y prospectivo, su muestra consistió en 2 grupos, en los que ambos grupos constaron de 25 adultos mayores, con características comunes, a los cuales se les aplico el Test de evaluación de la calidad de vida, llamado: Laminas de Coop Wonca. Los resultados evidenciaron que el 93% de la población presentaron una calidad de vida entre buena a mala, independiente de la edad.

En el 2010 Quintanar elaboro una investigación en Municipio de Tetepango, Hidalgo, con el objetivo del analizar la representación social de la calidad de vida de los adultos mayores. Mediante un estudio observacional, descriptivo y cuantitativo, su muestra estuvo conformada por 21 adultos mayores de 65 años de edad, se les aplicó un Instrumento de evaluación de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, llamado: Whoqol-Bref. En los resultados se encontró en el dominio físico se pudo establecer que el 70% de los adultos refieren alguna enfermedad, en cuanto a los factores psicológicos el 60% de la población refiere la necesidad de ser escuchados por algún familiar, factores sociales auto percibidos, fue la necesidad de comunicación social que alcanza un 30%, sobre todo con personas de su edad, hijos y nietos, la jubilación disminuye

los contactos sociales y afecta más al hombre que al mujer. Y finalmente en los factores del entorno mostraron un 80% de insatisfacción concerniente a la falta de medicamentos, insuficientes ingresos económicos, poco apoyo comunitario, dificultades para recreación y adquisición de alimentos, poca privacidad en la vivienda. En conclusión la percepción de la calidad de vida frente al proceso de envejecimiento es moduladora y amortiguadora en la calidad de vida del adulto mayor a nivel físico, psicológico, social y aún en el entorno.

En 2006, Martínez, Ordaz, Esquivel y Velasco realizaron una investigación en Torreón, Coahuila, México. Con el objetivo determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores de 65 años hospitalizados. Fue un estudio transversal prospectivo, su muestra consistió en 320 adultos mayores, aplicando las siguientes escalas: de Yesavage para depresión, de Katz y Lawton para dependencia, y de Folstein, versión Lobo, para demencia. En los resultados se encontró: depresión en un 50 % y dependencia en 62 % con la escala de Katz, y en 75 % con la de Lawton. Con predominación en el sexo femenino. En conclusión la prevalencia de depresión en adultos mayores hospitalizados fue elevada.

En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica como debiera, e incluso es frecuente que los síntomas de este trastorno en adultos mayores se pasen por alto y no sean tratados por la razón de que coincidan con otras patologías que experimentan los adultos mayores (Martínez, 2006)

Los adultos mayores con depresión suelen tener un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria se vean elevados (Martínez, 2006)

Las investigaciones consultadas contribuyen a esta investigación dando sustento a la importancia del estudio de calidad de vida en adultos mayores con depresión, ya que es de vital importancia que el personal de enfermería se vea involucrado en la atención y el cuidado del adulto mayor, haciendo de ello una prioridad en nuestras vidas.

Por ello la presente investigación se realiza con la finalidad de conocer la calidad de vida en los adultos mayores con y sin depresión. Se pretende que los resultados obtenidos fortalezcan planes de cuidados, que propicien la mejora de la calidad de vida del adulto mayor y a la par trabajar de una manera multidisciplinaria en los diferentes servicios de salud.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Enfermería tiene como objeto de estudio el cuidado en individuos, la familia y la comunidad. Para el profesional de enfermería resulta importante trabajar con personas cuyas condiciones de vida provocan vulnerabilidad, como es el caso de los adultos mayores y como se ve afectada su calidad de vida en un trastorno de depresión.

Con relación a la calidad de vida a nivel mundial se llevó a cabo un estudio en donde la organización, The Economist Intelligence Unit (EIU). Obtuvo el índice Global de Calidad de Vida, en él participaron distintos países del mundo, en el que se demostró que durante los últimos 12 meses del año 2015, varios países presentaron una inestabilidad en su calidad de vida. En dicho estudio se encontró que desde el 2010 el promedio a nivel mundial de la calidad de vida se vio disminuida con 1%.(El universal, 2015).

En América Latina se dio a conocer el índice de progreso social en el año 2016, donde da cuenta de los países que tienen la más alta calidad de vida. Para elaborar dicho índice, se tuvieron en cuenta tres grandes categorías: necesidades humanas básicas, fundamentos de bienestar y oportunidades. (Organización no gubernamental, 2016)

Para la elaboración del índice, se tuvieron en cuenta los factores detallados anteriormente y se hizo una escala de puntuación hasta 100%.

En informe destaca 10 países con mejor calidad de vida del mundo son: Finlandia 90.09%, Canadá 89.49%, Dinamarca 89,39%, Austria 89.13%, Suiza 88,87%, Suecia 88,80%, Noruega 88.70%, Países bajos 88.65%, Reino unido 88.58%, Islandia y Nueva Zelanda 88.45%.(ONG, 2016).

Respecto a la calidad de vida en nuestro país se llevó a cabo el índice para una vida mejor, en donde México ocupa el último lugar en la calidad de vida en comparación con otros países.

México reprobó en cuanto a calidad de vida, respecto a los ciudadanos de las otras 33 naciones que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (Diario Milenio, 2014)

En el estado de Michoacán, con un índice de desarrollo humano (IDH) equivalente a la calidad de vida, Michoacán se posicionó durante 2012 en el cuarto lugar sitio de los estados con menor calidad de vida, sólo por debajo de Chiapas, Guerrero y Oaxaca. (Programa de las naciones Unidas para el desarrollo, 2015)

Michoacán sumó 0.700 puntos de un 1.000 posible. (Programa de las naciones unidas para el desarrollo, 2015).

La Organización Mundial de la Salud señala que la depresión es la enfermedad mental que más afecta a la población y para el 2020 será el segundo padecimiento de mayor carga de morbilidad en el mundo. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

La depresión es una alteración del estado de ánimo en la que se predominan síntomas de tristeza patológica, decaimiento o irritabilidad entre otros (Organización de las Naciones Unidas, 2012).

Su impacto es tal, que puede llegar a incapacitar la realización de las actividades cotidianas y en caso más extremos puede conducir al suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Es un padecimiento que no se diagnostica adecuadamente y en los adultos mayores los síntomas se consideran erróneamente como parte normal del proceso del envejecimiento, razón por la cual sólo 15% de quienes la padecen reciben un tratamiento apropiado.

En México el total de los egresos por trastornos depresivos en adultos mayores, se observa que en 2012, estos se presentan principalmente en mujeres (16.8% contra 7.5% en los hombres), acorde a lo reportado la Organización Mundial de la Salud que son el género femenino quien en forma general tienen una carga de enfermedad 50% mayor que la de los hombres.

La secretaria de salud de México en su programa de acción llamado: Atención al envejecimiento, establece como uno de sus objetivos “Proteger la salud, prevenir, controlar o retardar la aparición de las enfermedades o discapacidades de mayor importancia y elevar la calidad de vida de los adultos mayores” (Programa de Acción Especifica Atención al Envejecimiento, 2006). Por lo tanto, mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con depresión se convierte en una prioridad para los servicios de salud ya que los cambios en sus estilos de vida generan percusiones en las funciones sociales, familiares y emocionales del individuo.

En 2012 México el total de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en los adultos mayores, 13.5 % es por demencia no especificada, 13,2% por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol y 12.3% por trastornos depresivos (Instituto Nacional de Estadística y Geográfica, 2012).

Por lo anterior se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor con y sin depresión en la ciudad de Morelia?

CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Analizar la calidad de vida en adultos mayores con y sin depresión en la Ciudad de Morelia.

3.2. ESPECÍFICO

- Caracterizar a la población participante mediante variables socio demográficas.
- Identificar la calidad de vida de los adultos mayores participantes
- Determinar el nivel de depresión mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

CAPITULO IV

HIPOTESIS

HI: La calidad de vida de los adultos mayores está relacionada con la presencia o ausencia de depresión.

HN: La calidad de vida de los adultos mayores no está relacionada a la presencia o ausencia de la depresión.

Hipótesis alternativa: La calidad de vida en los adultos mayores debe ser satisfactoria en todas sus dimensiones y sin la existencia de factores que la opaquen.

CAPÍTULO V

MARCO TEORICO

5.1. DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías:

Tercer Edad:	60-70 años
Cuarta Edad:	75-89 años
Longevos:	90-99 años
Centenarios:	Más de 100 años

(Figura 1). Categorías de edades OMS 2015

En “La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” convocada por la Organización de las Naciones Unidas en Viena en 1982, se acordó considerar como ancianos a la población de 60 años y más. Posteriormente a los individuos de este grupo poblacional se les dio el nombre de “adultos mayores”. (Varela, 2009).

Según la NOM-167-SSA1-1997. PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES. Define al adulto mayor, a la persona de 60 años de edad o más.

Existen términos como viejo, anciano, senecto, provector, vetusto, carcamal, gerántropo, entre otros. Cada cultura ha manejado el término que por tradición o

historia le es más conveniente, por lo que podemos utilizarlos como sinónimos y referirnos al mismo grupo etéreo. (Torres, 2003).

Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. Por lo tanto, se podría decir que México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años (OMS, 2015).

5.2. ESTADISTICA DE POBLACIÓN ADUTA MAYOR

Actualmente hay 4.86 millones de ancianos en el país. En 1970 el porcentaje de adultos mayores de 65 años correspondía 4%, para el año 2025, el porcentaje aumentará hasta el 10%, con alrededor de 12.5 millones de adultos mayores; el año 2050, tendremos una población de 132 millones, 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2012).

La población mayor de 60 años en México supera actualmente los 10.9 millones de habitantes, lo que representa más del 9.3% de la población total, informo el Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Estos datos coinciden con las últimas proyecciones del consejo nacional de la población (Conapo, 2013), perteneciente a la Secretaría de Gobernación (Segob, 2013), que estimaba que, en las siguientes 3 décadas, la población tenderá a envejecer, ya que habrá una menor proporción de la población menor de 15 años y si bien la correspondiente a la mayor de 65 se incrementará, en el balance la población de 15 a 64 años aumentará su importancia en los próximos años. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2000).

La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra. Existen algunos autores que definen la vejez o a la tercera edad a partir de los 65-70. Otros simplemente dicen que es una definición social. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2000).

Los censos poblacionales nos indicaron que el crecimiento de la población de edad adulta está en crecimiento llevándonos a pensar que la pirámide poblacional está por invertirse como sucede en países europeos. Cada vez somos menos jóvenes y más ancianos. Debemos enfrentar estas cifras y pensar en soluciones y aportaciones para esos años de vida a los que todos vamos llegar (Lammoglia, 2007).

5.3. ENVEJECIMIENTO

Proceso de cambios graduales irrevocables en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del paso del tiempo.

Proceso que se extiende por toda la vida, que engloba una serie de cambios que se inician en el momento de la concepción, los cuales se hacen más evidentes después de la madurez. (Huenchuán, 2013).

5.4. NATURALEZA DEL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

El proceso del envejecimiento es la mezcla de factores intrínsecos (hereditarios) y extrínsecos (estilos de la vida, factores ambientales, entre otros) De esta unión podemos clasificar al envejecimiento en:

- Habitual: Factores intrínsecos y extrínsecos normales.
- Exitoso: Factores intrínsecos y extrínsecos favorables.
- Incapacitante: Factores extrínsecos desfavorables.
- Patológico: Factores intrínsecos y extrínsecos desfavorables.

El ritmo de envejecimiento varía según los comportamientos, religiosos, psicológicos, económicos, sociales y culturales que rodean al individuo de edad mayor, basándose en la teoría del envejecimiento. (González, 2008).

Independientemente de la forma de vida que cada quien desee llevar, hay padecimientos físicos en el adulto mayor con más frecuencia que en cualquier otra edad (González, 2008).

Los siguientes problemas médicos más comunes en las personas de edad avanzada según argumenta. (Lesile Libow, 2006) son:

1. **MOVILIDAD:** la mayoría de los ancianos utiliza bastón, caminadora o silla de ruedas para su movilidad.
2. **MENTAL:** Presentan problemas para pensar.
3. **INFARTOS:** Aproximadamente dos tercios de las personas que sufren de algún infarto se espera que tengan una completa o parcial recuperación.
4. **CORAZÓN:** La mayoría de los ancianos padecen de algún problema serio del corazón.
5. **PRÓSTATA:** Afortunadamente es un problema operable, pero muchos pacientes no comprenden que no afecta el funcionamiento sexual.
6. **INTESTINOS:** Se presenta mucho el estreñimiento.
7. **HUESOS:** Los huesos de la 3ª edad se debilitan y se rompen fácilmente.
8. **PECHO:** El cáncer de mama es de gran preocupación para las mujeres, pero es más común que surja en los 3's y 40's que en la tercera edad.
9. **OJOS:** Las cataratas son muy comunes en la mayoría de los casos operables. Glaucoma, no tan tratable, pero es controlada. El único cambio en la vista normal a esta edad es la disminución de la vista de lejos.
10. **ARTRITIS:** En los problemas más comunes y aun no hay cura médica (Lesile Libow, 2006)

5.5. DEPRESIÓN

En México en la tercera edad es muy común que las personas sufran osteoporosis, diabetes, hipertensión, cáncer y enfermedades cardiovasculares. También suelen manifestarse otras alteraciones como cuadros infecciosos de las vías respiratorias, urinarias y el tracto digestivo, así como síndromes de inmovilidad y cuadros de depresión. La depresión es uno de los principales síndromes geriátricos. Es una enfermedad crónica o recurrente que tiene consecuencias devastadoras en el adulto mayor. (Capponi, 2009).

La depresión es un estado afectivo caracterizado por la disminución cuantitativa del ánimo. Que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza, soledad, desesperación, pesimismo, sentimientos de culpa, desvalorización, quejas de orden somático como insomnio, pérdida de apetito, como también disminución de la conducta motora y dificultades cognitivas. (Capponi, 2009).

Los avances en la investigación psicogeriatría han concluido que la depresión en el anciano es una enfermedad que tiene alta prevalencia y debe reconocerse como tal y no como un aspecto característico de la edad.

La depresión en la geriatría tiene una amplia gama de manifestaciones clínicas. Su evolución es más prolongada y en ocasiones tiende a ser crónica, especialmente en aquellos que pierden el sistema de apoyo social. (Capponi, 2009).

5.5.1. CAUSAS

No existe una única causa conocida de la depresión. Más bien, parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos. Las investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del

cerebro. Las nuevas tecnologías que han hecho posible obtener imágenes del cerebro tales como las imágenes por resonancia magnética han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. (Tsuang, 2010).

Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio. Con todo, estas imágenes no revelan las causas de la depresión.

Algunos tipos de depresión pueden tener una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión (Tsuang, 2010).

La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión puede ser consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan en coordinación con factores ambientales u otros (Tsuang, 2010).

Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa u otra situación estresante, pueden provocar un episodio de depresión. La mejor explicación de la causa de la depresión es que ésta tiene un origen bio-psico-social (Beers y Berkow, 2011).

5.5.2. DEPRESIÓN EN MUJERES

La depresión es dos veces más común en mujeres que en hombres. Existen elementos biológicos como el propio ciclo de vida o factores hormonales y psicosociales que son únicos de la mujer, y ello puede estar relacionado con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Se sabe que las

hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. (Beers y Berkow, 2011).

Por ejemplo, las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un breve episodio de tristeza transitoria, pero algunas sufren de depresión posparto, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre. (Beers y Berkow, 2011).

Durante la transición a la menopausia, algunas mujeres experimentan un mayor riesgo de sufrir depresión. Los científicos están explorando la forma en que la elevación y la disminución cíclicas del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química del cerebro relacionada con la enfermedad depresiva (Rubinow, 2014).

Además, muchas mujeres enfrentan el estrés adicional del trabajo y de las responsabilidades del hogar, el cuidado de hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza y tensión en sus relaciones de pareja. Aún no está claro por qué algunas mujeres que enfrentan desafíos inmensos padecen depresión, mientras que otras con desafíos similares no la padecen (Instituto Nacional de la Salud mental, 2009)

5.5.3. DEPRESIÓN EN HOMBRES

Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras y que tienen el sueño alterado; mientras que las

mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad o culpa excesiva. (Pollack, 2012).

Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, enojados o a veces hasta por ser abusivos. (Cochran y Rabinowitz, 2007).

Algunos hombres se escudan en sus trabajos para evitar hablar de su depresión con la familia o los amigos; también pueden mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Si bien es cierto que son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio. (Kochanek, 2013).

5.5.4. DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES

La depresión no es algo normal en el proceso de envejecimiento y la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión representa en adultos mayores, puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza (Gallo y Rabins, 2014).

La depresión es comúnmente un problema de salud mental en los adultos mayores. Un 15% de los adultos mayores de más de 65 años sufren este trastorno y muchas veces no está diagnosticado o tratado como debiera. Sólo 15% de los adultos mayores con depresión reciben un tratamiento adecuado (Gum, 2006).

De los adultos mayores que están restringidos a sus domicilios, entre 26% y 44% tienen depresión (Loughlin, 2004) y se estima que de 30% a 50% de todos los adultos mayores tendrán un episodio de depresión durante el transcurso de sus vidas (Tanner, 2005).

Los adultos mayores suelen padecer condiciones médicas, tales como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales o algún tipo de cáncer, que pueden provocar síntomas de depresión. Igualmente, pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen a la depresión; más de 15% de adultos mayores con un problema crónico de salud padecen de depresión (Gallo y Coyne, 2000).

Es común que los adultos mayores se encuentren tomando varios medicamentos, recetados por distintos médicos o, lo que es peor, auto recetados. Algunos medicamentos o combinaciones de ellos ocasionan alteraciones físicas o mentales, al igual que alteraciones en el estado de ánimo.

El riesgo de suicidio es más grande en adultos mayores hombres que en mujeres. Se sabe que muchos de ellos sufren de alguna enfermedad depresiva que los médicos no fueron capaces de detectar, ya que un porcentaje relevante de estas víctimas de suicidio a menudo visitaron a sus médicos en el mes anterior a su muerte (Conwell, 2001).

5.5.5. SINTOMAS DE LA DEPRESIÓN

Los síntomas característicos de depresión en personas mayores se pueden dividir en:

- **Síntomas emocionales:** Sentimientos de abatimiento y tristeza vital, estados de ansiedad e irritabilidad, experiencias de pesar, pérdidas, soledad y abandono, disminución de la satisfacción vital, impotencia, desesperanza, sensación de vacío.
- **Síntomas Cognitivos:** Disminución de la autoestima que se asocia a deterioro de la imagen física, vulnerabilidad a enfermedades y pérdida de

autonomía. También el pesimismo respecto del futuro, Dificultades de concentración, déficits de memoria y enlentecimiento del razonamiento.

- **Síntomas Físicos:** Alteraciones del sueño, problemas gastrointestinales, pérdida de apetito, contracturas musculares, fatiga, dolor de cabeza, insomnio.
- **Síntomas Volitivos (Voluntad):** Evitación de las actividades, pérdida de interés en las actividades o formas de placer o falta de reactividad a estímulos agradables, en algunos casos se produce una parálisis completa de la voluntad que conduce a inmovilidad casi total, junto a resistencia de la intervención de otros.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20 % en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40 % en la hospitalizada; con una predominancia en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13 % por año. (Alfaro, 2006).

5.5.6. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de depresión es básicamente clínico, de acuerdo con los criterios establecidos en la Cuarta Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). (García, 2011).

Existen varias pruebas de escrutinio o tamizaje; entre las más utilizadas en población mayor de 65 años se encuentra la escala de Yesavage, 10 única diseñada exclusivamente para este grupo de edad y traducida al castellano y validada.

Su versión está integrada por 30 ítems, tiene sensibilidad de 84 a 86 % y especificidad de 95 a 100 %; 10-13 existen versiones acortadas de 15 e incluso cinco ítems, traducidas al español.

La presencia de un trastorno depresivo en personas mayores de 65 años aumenta la mortalidad en este grupo etario, produce impacto negativo en la calidad de vida y se ha constituido en un problema de salud pública en el ámbito mundial. Los adultos deprimidos tienen un funcionamiento igual o peor que quienes padecen enfermedades médicas crónicas tales como artritis, enfermedad pulmonar o diabetes (Gurland, 2007).

5.6. ASPECTOS GENERALES; CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad fue utilizado por primera vez en Estados Unidos después de la segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época cuya finalidad consistía en conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Úrzua, 2012).

La calidad de vida (CV) de nuestra vida equivale a la calidad de nuestro envejecimiento; es elegible en la medida en que elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos (González, 2008).

El estudio de la calidad de vida aplicada a la tercera edad, incluye aspectos como; el estado de salud, el rol, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo.

A partir de esta información, sea posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud, por lo

que es evidente que su utilidad rebasa el estrecho margen de procesos patológicos y estadísticas de resultado (Dulce, 2009).

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica (Rubio, 2006).

A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos el soporte social, como un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga.

Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia; aunque los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, aunque no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos (Fernández, 2008).

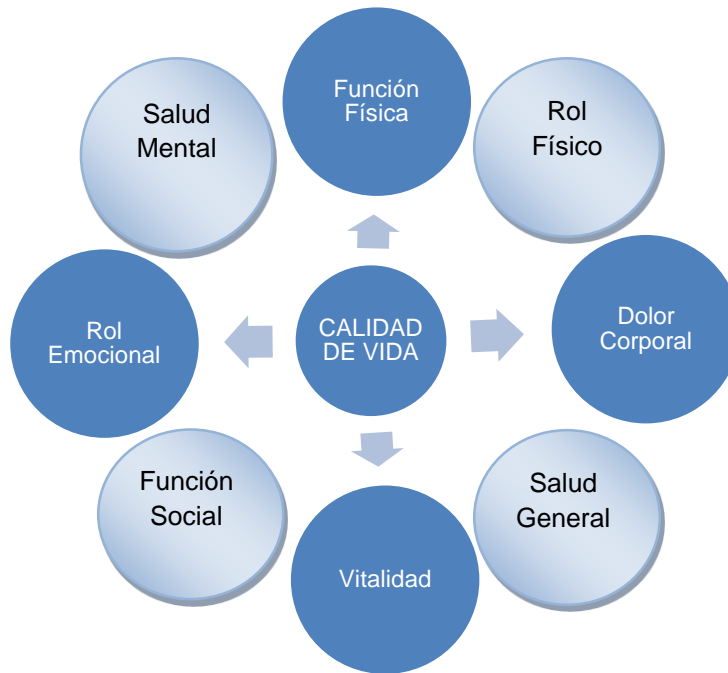
Aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos (Lizan, 2009).

5.6.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida puede definirse como el criterio a través del cual se juzga en qué medida las circunstancias de la vida aparecen como satisfactorias o insatisfactorias y necesitadas de mejora (Dorsch, 2010).

5.6.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA

Se describen 8 áreas importantes para determinar la calidad de vida en el adulto mayor, así como también en cualquier persona adulta. (Wareen, 2009):



(Figura 2). Dimensiones de Calidad de Vida WAREEN, 2009

- 1. FUNCIÓN FÍSICA:** Grado en la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos.

Promoción de la salud:

Los adultos mayores enfrentan muchos riesgos que deben conocer para proteger y mejorar su salud (Wareen, 2009).

Participar en el cuidado de su salud le permite adoptar una forma de vida saludable y anticipar situaciones que puedan dañarla.

Actividad física

Realizar actividad física ayuda a prevenir enfermedades y mantener un estado de salud adecuado.

Beneficios

- Mejora el trabajo del corazón.
- Ayuda a que se normalicen la presión arterial y los niveles de azúcar y grasas en la sangre.
- Fortalece el sistema respiratorio y el muscular.
- Ayuda a controlar o disminuir el peso.
- Disminuye el estrés.
- Mejora la calidad del sueño y el descanso físico.
- Mejora la memoria, la autoestima y la sensación de bienestar.
- El cuerpo libera hormonas de placer y felicidad que le hacen sentir bien.

Para la mayoría de los adultos mayores, las actividades diarias no son suficientes, por lo que se recomienda realizar ejercicios para mantener la resistencia, la flexibilidad y la fuerza (Wareen, 2009).

Ejercicios para mantener la resistencia (Wareen, 2009).

- Mantiene al Adulto Mayor activo por largos periodos sin que este se fatigue y le ayuda a resistir los esfuerzos de las actividades diarias.
- Caminar, trotar o correr.
- Nadar, bailar y andar en bicicleta.

- Yoga y gimnasia suave.
- Paseos y excursionismo.

Ejercicios para la flexibilidad (Wareen, 2009).

Le permiten moverse con más agilidad, relajar los músculos y mejorar la movilidad de las articulaciones para que tenga una vida más independiente y autónoma.

- Bailar y trapear los pisos.
- La jardinería.
- Lavar el coche.
- Yoga.

Ejercicios para la fuerza (Wareen, 2009).

- Además de conservarlo fuerte, le ayuda a prevenir caídas y la osteoporosis, mejora su postura y equilibrio.
- Cargar las bolsas del supermercado.
- Hacer pesas con bajo peso, subir y bajar escaleras despacio, sin fatigarse.
- Sentarse y levantarse varias veces de una silla cómoda. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010).

2. ROL FÍSICO: Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se pueda realizar o la dificultad de las mismas.

3. DOLOR CORPORAL: Medida de intensidad del dolor aparecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

El dolor es definida en 2007, por la International Association for the Study of Pain (IASP) como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño real o potencial de los tejidos o descrito como si dicho daño se hubiera producido. Siendo este un síntoma subjetivo.

En los adultos mayores, es un problema de salud pública, pues son más susceptibles a experimentar dolor en comparación con otros grupos de edad. (Prowse, 2007).

Estudios de gran escala han estimado una prevalencia de dolor, entre un 25% y un 50%, en pacientes de la comunidad y 45-90% en instituciones especializadas (Trujillo, 2008). Hasta el 61,7% de las personas con dolor toman algún medicamento y hay un 29% de auto prescripción ante la presencia del dolor (Charette, 2005).

En el adulto mayor el dolor puede tener múltiples causas, presentaciones variables y numerosos significados; un dolor no controlado puede tener gran impacto en la calidad de vida, en el estado funcional y en el bienestar psicosocial.

Epidemiología:

El dolor en el adulto mayor no ha sido ampliamente estudiado, pero es sabido:

- El dolor aumenta con la edad, llegando al 42,6% de los mayores de 65 años.
- El 18% de los adultos mayores refiere tomar regularmente medicación analgésica varias veces a la semana, y de estos, el 63% refiere tomar medicamentos prescritos para el dolor durante más de 6 meses seguidos.
- La prevalencia de dolor es el doble entre personas > de 60 años.

- Entre ancianos ingresados en centros residenciales, la prevalencia del dolor oscila entre el 45% y el 80%. (Helme, 2008).

Fisiología:

El dolor puede clasificarse según temporalidad.

Según temporalidad puede ser:

Agudo: Se debe generalmente al daño tisular somático o visceral y se desarrolla con un curso temporal que sigue de cerca el proceso de reparación y cicatrización de la lesión causal. Si no hay complicaciones, el dolor agudo desaparece con la lesión que lo originó.

Crónico: Es aquel dolor que persiste más allá de la lesión que lo originó y que permanece una vez que dicha lesión desaparece, en general mayor a 6 meses. (American Geriatric Society, 2010).

Cuadro clínico:

Es importante una anamnesis cuidadosa para un correcto diagnóstico del dolor y poder instaurar los tratamientos adecuados, hay que interrogar sobre:

- Tiempo de evolución: cómo y cuándo comenzó.
- Frecuencia: regularmente, intervalos sin dolor.
- Duración: segundos, minutos, horas, días.
- Localización: dónde se inicia, irradiación, superficial, profundo.
- Características: opresivo, pulsátil, latigazos.
- Repercusión: interrumpe actividad.
- Asociado: náuseas, vómitos, movimientos, acufenos, tos, luz.

- Factores desencadenantes: comidas, movimientos, luz, medicación.
- Factores agravantes: frío, calor, maniobras de Valsalva.
- Factores que alivian: reposo, sueño, caminar, frío, calor. (Padrol, 2011).

Principales síndromes dolorosos

Existen diversas causas de dolor, entre las cuales encontramos una alta prevalencia de trastornos músculo-esqueléticos, incluyendo fracturas patológicas, cáncer, dolor por miembro fantasma, úlceras de presión y otras condiciones médicas. (Cristian, 2006).

Dolor osteoarticular

La osteoartritis degenerativa es la causa más frecuente de dolor osteoarticular en el anciano; afecta a más del 80% de los adultos mayores generándoles dolor, incomodidad y diversos grados de discapacidad. Este síntoma también se reporta en el paciente adulto mayor con patología reumatológica. (Zarit, 2007).

Dolor de origen oncológico

Se puede presentar en cualquier localización y puede ser primario secundario a diseminación del tumor⁴. Más del 70% de los pacientes con cáncer sufren de dolor causado por la enfermedad o por el tratamiento. (Brennan, 2007).

Dolor lumbar

El dolor lumbar es un síntoma complejo y más en los adultos mayores. Los signos y síntomas que están presentes pueden ser de patología benigna o maligna, por lo cual el médico debe realizar una historia clínica minuciosa además de un examen físico y la solicitud de imágenes diagnósticas pertinentes; estos componentes son

esenciales para descartar patologías y disminuir la morbimortalidad. (Broder, 2007).

Aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años reportan dolor lumbar y cerca del 10% de las consultas por esta causa son de pacientes adultos mayores.

Herpes zoster y neuralgia postherpética

La neuralgia postherpética, otro de los síndromes dolorosos frecuentemente observados en estos pacientes, tiene una incidencia entre 7, 2 y 11,8 casos por 1.000 personas al año, en mayores de 65 años.

La probabilidad de desarrollar herpes zoster aumenta exponencialmente con el envejecimiento. Se estima que en Estados Unidos entre 500.000 y 1.000.000 de personas sufren de neuralgia postherpética. (Schmader, 2007).

Según Gloth 2012, el herpes zoster ocurre en el 1 a 2% de la población anciana.

Dolor de origen vascular

Las patologías más frecuentes en los ancianos son el síndrome de isquemia arterial y la insuficiencia venosa crónica.

Dolor en pacientes institucionalizados

Existen algunos estudios en los que se menciona que el dolor de los pacientes institucionalizados es inadecuadamente tratado. Entre un 45 y 80% de los ancianos institucionalizados presenta un dolor moderado a severo. (Gibson, 2007).

Cerca de una cuarta parte de los ancianos ingresados reportan dolor diariamente, un 41,2% continúa experimentando dolor moderado diariamente, incluso después de seis meses de haber sido ingresados. (Leland, 2008).

Un estudio realizado en Europa muestra que el dolor diario es común en pacientes adultos mayores institucionalizados, estando presente en cerca del 46% de los participantes y esta condición está asociada con un riesgo elevado de desarrollar discapacidad; esta asociación se hace más fuerte si se le suman la intensidad de dolor y el número de sitios dolorosos. (Leland, 2009).

Un 40% de los residentes con patologías oncológicas y un 25% con patologías no oncológicas no recibían analgésicos para el manejo de su dolor a pesar de manifestar este síntoma diariamente.

Las causas más comunes de dolor son lumbalgias, dolor articular, dolor en miembros inferiores y superiores, cervicalgia, cefaleas, dolor abdominal y dolor torácico. (Leland, 2009).

Un estudio realizado por Won en el año 2006, argumenta que el dolor crónico fue prevalente en ancianos con historia de fracturas (62,9%) o cirugías (63,6%) en los seis meses anteriores. Un 4% de los pacientes no recibían analgésicos; sin embargo, cuando se usaban recibían acetaminofén un 37,2%, propoxifeno en el 18,2%, hidrocodona en el 6,8% y tramadol en el 5,4%. Solamente el 46,9% de los analgésicos eran administrados en dosis correctas. El acetaminofén era administrado en el 65,5% de los casos a demanda y en dosis menores de 1.300 mg/día. Las dosis de antiinflamatorios no esteroideos fueron prescritas de manera adecuada en un 70% de los casos y en más de un tercio de los casos los antiinflamatorios no esteroideos fueron indicados en dosis mayores a las recomendadas.

Dolor en pacientes de la comunidad

A pesar del buen manejo de los síntomas que se realiza, un alto porcentaje de pacientes presentan dolor, causando discapacidad, que puede hacer que el dolor se empeore y lleve en algunos casos a episodios de depresión. (Cowan, 2008)

Entre el 15% y el 25% de los adultos sufren de dolor crónico en cualquier momento; esto se incrementa a un 50% en las personas mayores de 65 años. (Brennan, 2007).

Alrededor del 80% de los ancianos americanos toman medicamentos por horario para el manejo del dolor y acuden a consulta por esta causa. (Cristian, 2006).

- 4. SALUD GENERAL:** Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
- 5. VITALIDAD:** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al cansancio y desánimo.
- 6. FUNCIÓN SOCIAL:** Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
- 7. ROL EMOCIONAL:** Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
- 8. SALUD MENTAL:** Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general (Cristian, 2006).

Los problemas de salud mental son comunes entre las personas mayores y pueden incluir (OMS, 2015):

- Aislamiento
- Desórdenes afectivos y de ansiedad.
- Psicosis, entre otros.

Como resultado de desórdenes físicos o intervenciones quirúrgicas, muchos adultos mayores también pueden padecer problemas para:

- Dormir
- Desórdenes de comportamiento
- Deterioro cognitivo
- Estados confusión (OMS, 2015).

Distintas investigaciones sugieren que los adultos mayores se benefician de las conexiones sociales de apoyo y de las relaciones personales cercanas, pero sufren como resultado de la ruptura de lazos personales y de la soledad (OMS, 2015).

Al menos uno de cada cuatro adultos mayores experimenta algún tipo de desorden mental, como depresión ansiedad o demencia (Pan American Health Organization, 2010).

- Debido al rápido envejecimiento de la población, se espera que el número de personas mayores con desórdenes mentales se duplique para 2030.
- La depresión es el problema de salud más común entre personas mayores.
- Las personas de 85 años y más tienen las tasas de suicidio más altas entre los grupos etarios (Pan American Health Organization, 2010).
- Dos tercios de los adultos mayores con problemas mentales no obtienen el tratamiento que necesitan (“la brecha de tratamiento”)
- Los servicios de salud para adultos mayores son extremadamente limitados en la mayoría de los países de las Américas. (Pan American Health Organization, 2010).

El autor nos expone 8 dimensiones importantes para tener una real calidad de vida en la vejez. De estas 8, la vida intelectual, emocional, física y social se podrá

desarrollar directamente en el centro. Esto es 4 de las 8 totales propuestas (Alonso, 1995).

En este apartado hablaremos de la teoría del autocuidado y su relación con la calidad de vida en los adultos mayores.

Dorothea fue inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás. (Raile, 2011)

De la cual ella describe su propia teoría, llamada: Teoría General del autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

5.7. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

La teoría del autocuidado explica el concepto como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es la conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” (Raile, 2011).

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiéndolos por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL:** Son comunes para todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana (Raile, 2011).

- **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO:** Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez (Raile, 2011).
- **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD:** Que surgen o están vinculados a los estados de salud.

5.8. TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

En esta describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué necesita de la intervención de la enfermera (Raile, 2011).

5.9. TEORIA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Explica los modos en las que las enfermeras /os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- **SISTEMAS DE ENFERMERÍA TOTALMENTE COMPENSADORES:** La enfermera sule al individuo.
ACCIÓN DE LA ENFERMERA: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege (Raile, 2011).
- **SISTEMAS DE ENFERMERÍA PARCIALMENTE COMPENSADORES:** El personal de enfermería proporciona autocuidados.

ACCIÓN DE LA ENFERMERA: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente (Raile, 2011).

- SISTEMAS DE ENFERMERÍA DE APOYO-EDUCACIÓN: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

ACCIÓN DE LA ENFERMERA: Regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado

ACCIÓN DEL PACIENTE: Cumple con el autocuidado (Raile, 2011).

Referente al a los sistemas de enfermería que tiene relación con esta investigación, llevada a cabo, podemos encontrar que el sistema que se lleva a cabo es el sistema de apoyo- educación. Ya que lo que se pretende es que la población adulta lleve a cabo una buena calidad de vida mediante la práctica de actividades que promuevan el autocuidado en sí mismos, para que su calidad vaya al alta (Raile, 2011).

NATURALEZA DEL AUTOCUIDADO: El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Lo que se intenta realizar con la calidad de vida aplicada a la tercera edad, es obtener un buen estado de salud, en donde falta de salud no limite las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos. El rol, el estado funcional y problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud no interfieran en la vida social habitual y la determinación de factores de riesgo sean detectados de manera oportuna (Raile, 2011).

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él (Raile, 2011).

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado (Raile, 2011).

Se trata de una teoría, aunque se puede encontrar un parecido con la filosofía debido a que tiene una visión de realismo, que describe la visión de los seres humanos como “seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en procesos de conversión y que poseen libre voluntad, así como las cualidades esenciales de los seres humanos” (Raile, 2011).

Trata de la resolución de una problemática de la ciencia de la enfermería, con una investigación no empírica.

CAPÍTULO VI

METODOLOGIA

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es de tipo:

Cuantitativa: Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Sampieri, 2010).

Es cuantitativo porque se pretende trabajar con una cierta cantidad de personas adultas mayores, a las cuales se les aplicará un cuestionario respecto a calidad de vida y una escala para identificar si existe o no depresión en la persona adulta mayor, con la finalidad de evaluar la calidad de vida en los adultos mayores con y sin depresión para así plasmarlos en una gráfica y obtener los resultados y de esa manera implementar estrategias encaminadas a una eficiente y excelente calidad de vida en adultos mayores. Y observar el plan de trabajo en los pacientes con depresión y así saber que tan grave es el problema de salud pública.

Diseño Metodológico: De corte descriptivo, transversal y no experimental. Se desarrolló para obtener la información que se requiere en una investigación (Sampieri, 2010). De acuerdo al periodo de tiempo para la recolección de datos, el estudio fue:

Transversal: De acuerdo con un periodo establecido para la recolección de datos y no se comparan los resultados. La investigación de acuerdo a su alcance fue de tipo:

Descriptivo: Debido a que se describió la calidad de vida del adultos mayores de la Ciudad de Morelia Michoacán.

De acuerdo al periodo en que se llevó a cabo la investigación y la dimensión temporal de la recaudación de datos el estudio fue de tipo:

No experimental: Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Sampieri, 2010).

La presente investigación es diseño no experimental porque como explica la definición no hay manipulación de la variable solo se observan de forma natural lo que está sucediendo y que es lo que ocasiona esas causas.

6.2. SUJETOS DE ESTUDIO:

Se consideró como población de interés a los adultos mayores debido a los altos índices de depresión y deterioro en la calidad de vida de los mismos.

Universo: Adultos mayores de 60 años y más de la Ciudad de Morelia Michoacán

6.3. MUESTRA

6.3.1. Muestra no probabilística o dirigida

Subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación.

De acuerdo al tipo de investigación a realizarse el tipo de muestra que se empleara será: No probabilística, debido a que la elección del grupo de población

requerida para el estudio se seleccionara basándose en las características necesarias para la investigación.

Conformado por un grupo de 150 adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

6.4. CRITERIOS DE ESTUDIO

6.4.1. Criterios de inclusión:

- Adultos Mayores, que estén lucidos y no presenten, problemas visuales, auditivos.

6.4.2. Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no pertenezcan a la Ciudad de Morelia.
- Los adultos mayores que presenten demencia, así como problemas de audición, problemas visuales que no les permiten contestar la encuesta de manera satisfactoria.

6.4.3. Criterios de eliminación:

- Adultos mayores que abandonen el estudio.
- Adultos mayores que no completen los cuestionarios.
- Adultos mayores que no deseen participar.

6.5. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad: Adultos mayores de 60 años y más.

Género: Femenino y Masculino.

Estado Civil: Soltero (a), Casado (a), Separado, Viudo (a).

Ocupación: Empleado (a), Jubilado (a), Negocio propio, Hogar u Otro.

Con quien vive actualmente: Cónyuge, Hijos (a), Nietos (a), Otro familiar, Nadie.

Vive en casa: Propia, Rentada, Prestada, Del familiar con quien vive.

Ultimo grado escolar: No sabe leer ni escribir, Solo sabe leer y escribir, Primaria, Secundaria, Técnico, Profesional u Otro.

Religión: Católico, Cristiana, Testigo de Jehová y Ateo.

6.6. VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente:

Calidad de vida: La OMS (2005) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la

vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros.

Variable independiente:

Adulto Mayor: Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), define como adulto mayor o anciano a toda persona de 60 años y más.

Depresión: Trastorno de estado de ánimo, de forma transitoria o permanente, que consiste en una alteración de la vida psíquica, sensación de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, que se acompaña de anhedonia (Diccionario Medico, 2014).

Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimiento de recolección de la información: Artículos científicos, normas oficiales y páginas electrónicas.

Definición del plan de procesamiento y presentación de la información:

Utilización del programa SPSS 21, el cual es un programa estadístico informático donde se plasma y contabiliza los ítems para recabar los resultados finales en cuanto a estadística.

Se trabajara con estadística descriptiva, para conocer las características de los participantes del estudio a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central, media, mediana y moda.

Material:

A continuación se realiza la descripción de los instrumentos aplicados. Para la variable dependiente se utilizó el instrumento "CALIDAD DE VIDA RELACIONADA

CON SALUD SHORT FORM-36 (SF-36)", elaborado por Alonso J, Quality Metric, en el año 1995.

Conformado por 36 ítems. El instrumento se encuentra conformado por 8 dimensiones: Funcionamiento físico, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Funcionamiento social, Rol emocional y Salud mental.

La prueba se puntúa mediante una escala tipo Likert y dicotómica, de puntuaciones sumadas

Donde la manera de contestar consiste en subrayar la opción que corresponda.

En la siguiente tabla se muestra la fiabilidad aplicada tanto en el instrumento, como por dimensiones.

TABLA I. Fiabilidad del Instrumento SF-36 de Calidad de vida

DIMENSIÓN	REACTIVOS	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Método de mitades</i>
Función Física	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	.959	.976
Rol Físico	13,14,15,16	.977	.983
Dolor	21 y 22	.899	.900
Salud General	1,33,34,35,36	.746	.685
Vitalidad	23,27,29,31	.788	.864
Función Social	20 y 32	.619	/
Rol Emocional	17,18,19	.972	.963
Salud Mental	24,25,26,28,30	.788	.718
GLOBAL	36	.915	.942

(Figura 3). Fiabilidad del instrumento SF-36 Calidad de Vida, 2016

Para la variable independiente se aplicó el instrumento “Escala de depresión geriátrica- Test de Yesavage” diseñada por Brink y Yesavage en 1982. La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems. . Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. La cual ha sido manejada para efectuar esta investigación.

Conformado por 15 ítems afirmativas y negativas en su forma abreviada.

Con relación a los puntos de corte en este instrumento se manejan 3, que son los siguientes:

- 0-5 puntos (No presenta depresión “normal”): No posee depresión.

Se refiere a la ausencia de la enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

- 6-9 puntos (Depresión Leve): Tiene depresión leve.

Se refiere a la presencia de algunos síntomas de depresión y al realizar actividades de la vida diaria generan un gran esfuerzo en las personas que la padecen.

- 10 o más: Tiene depresión establecida.

Es la presencia de muchos síntomas de depresión que son un impedimento para realizar las actividades cotidianas

Con escala dicotómica.

Donde la manera de contestar será marcando con una "X" la opción que corresponda.

A continuación se muestra la tabla de fiabilidad aplicada en el instrumento.

TABLA II. Fiabilidad del Instrumento Escala de depresión Geriátrica - YESAVAGE

REACTIVOS	Alpha de Cronbach	Método de mitades
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15	.903	.852

(Figura 4). Fiabilidad del Instrumento Escala de depresión Geriátrica Yesavage, 2016

Procedimiento: Tras la aprobación del protocolo por el comité de investigación y bioética de la facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, se aplicaron los instrumentos en adultos mayores en la Ciudad Morelia Michoacán.

Para el reclutamiento de los encuestadores, la responsabilidad fue de la investigadora principal.

Para la selección de los participantes se identificó a las personas adultas mayores cumplían con los criterios de inclusión. Se eligieron por muestreo dirigido, se les abordó y se les brindó información del objetivo de estudio y se solicitó su participación en el mismo, así como la firma de la hoja de consentimiento informado.

Recursos Humanos:

Asesora: Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga.

Coasesora: Mtra. Ana Celia Anguiano Moran.

Tesista: Eunice Ayala Ramírez.

Consideraciones éticas y legales:

Esta investigación es considerada de riesgo mínimo donde se garantiza la seguridad del paciente así como del entorno en el que se encuentra.

Los datos obtenidos en esta entrevista serán confidenciales y se maneja con la privacidad necesaria. Con estas observaciones y trabajando en base a la ley general de salud en materia de investigación se reconocen los siguientes artículos:

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Es de vital importancia brindar el respeto y proteger su integridad física y emocional.

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

Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo; Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles; Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento. Protegiendo ante todo los derechos del paciente encuestado sin ejercer presión alguna.

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

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

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

CAPÍTULO VII

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados de la investigación, iniciando con la descripción de las características sociodemográficas de los entrevistados y los resultados de las asociaciones por variables.

Se trabajó con dos instrumentos previamente validados. El instrumento SF-36 Calidad de vida, su consistencia interna fue de .915 obtenido con el Alfa de Cronbach. Consta de 8 dimensiones las cuales fueron validados de la siguiente forma: Funcionamiento físico.959, Rol físico .977, Dolor.899, Salud general .746, Vitalidad .788, Función social .619, Rol emocional .972 y salud mental .788.

Se entrevistaron a 150 adultos mayores de Morelia, Michoacán. Para determinar la calidad de vida de los adultos mayores y así mismo saber cuántos de ellos cursan con depresión.

Respecto a la edad en los pacientes encontramos que 29% (43) tienen una edad que oscila entre los 60 a 64 años, mientras el 24% (36), muestran una edad de 65 a 69 años, el 16% (24) con una edad de 70-74 y el 31% (47) muestra una edad de 75 y más años.

En relación al género se observa una mayor predominancia el género masculino con un total de 77 varones mostrando un porcentaje del 51%, mientras el 49% son de género femenino con un total de 73 mujeres.

Referente al estado civil un 60% (90) son casados, el 26% (39) son viudos, el 7% (10) se encuentran separados y el otro 7% (11).

Lo relativo a la ocupación de los participantes un 43% (65) se dedica al hogar, el 26% (40) se encuentra jubilada, el 21% (31) son empleados y el 10% (14) cuentan con negocio propio.

Con respecto a con quien viven, se pudo apreciar que el 56% (84) refiere que con su cónyuge, el 18% (27) no vive con nadie, el 16% (25) argumenta vivir con algún hijo, el 9% (13) vive con otro familiar y solo un 1% (1) vive con su nieto.

En relación a la casa en donde viven el 83% (124) de los pacientes vive en casa propia, el 8% (13) es prestada la casa en donde moran, el 6% (9) renta, mientras el 3% (4) habita en la casa del familiar con el q vive.

Respecto al último grado escolar de los pacientes presenta un 48% (73) es analfabeta, el 39% (58) cursaron la primaria, el 6% (9) solo sabe leer y escribir, el 4% (6) argumenta haber culminado la secundaria, el 2% (3) cuenta con una profesión y el 1% (1) tiene una carrera técnica.

En cuanto a sus creencias religiosas 79% (118) son católicos, el 17% (26) son cristianos, 2% (3) señalan ser ateos, mientras que el otro 2% (3) describen ser testigos de Jehová.

Al abordar el tratamiento médico el 91% (136) expresa estar en algún tratamiento médico, en tanto que el 9% (14) detallan no cursar ningún tipo de tratamiento médico.

En correlación a la dieta representado por un 73% (109) argumenta tener un dieta específica a seguir, el 18%(27) no tiene una dieta establecida y el 9% (14) cuenta con un dieta irregular.

Respecto al tipo de medicamentos que ingieren los entrevistados, 29% (43) de ellos toman antibióticos, el 25% (37) consumen antihipertensivos, el 19% (29) ingiere antiglicémicos, el 10% (15) consumen analgésicos, el 8% (14) no tomar ningún medicamento, el 3% (5) argumentan que se les administran anticoagulantes, el 3% (4) expone tener que ingerir medicamentos para el corazón, 1% (2) toma anticonvulsivos y el otro 1% (1) ingiere antidepresivos.

En cuanto al tipo de ejercicio que realizan los usuarios el 87% (130) no realiza ningún tipo de ejercicio, el 8% (13) refiere realizar ejercicio cardiovascular, el 3% (4) llevan a cabo caminata y solo un 2% (3) practican la relajación.

Tocante al tipo de red de apoyo el 69% (103) se apoyan en el grupo de la iglesia, el 22% (33) practica el apoyo mutuo, el 5% (8) se apoyan en el club del diabético y el 4% (6) refieren tener algún otra red de apoyo.

Con relación al padecimiento que actualmente cursan los pacientes el 10% (15) sostiene no contraer ningún tipo de enfermedad, el 22% (34) afirma ser hipertensos, el 22% (33) precisa tener Diabetes Mellitus y el 46% (68) cursa otra enfermedad.

Tratante al tiempo de diagnóstico médico, el 7% (11) refutan haber sido diagnosticados de 10 a 14 años, el 8% (15) muestran ser diagnosticados ya hace más de 15 años, el 11% (17) dicen no ser diagnosticados, el 13% (19) manifiestan tener alrededor de 5 a 10 años que fueron diagnosticados, el 15% (19) revelan ser diagnosticados entre 1 a 5 años, el 46% (69) exteriorizan haber sido diagnosticados en menos de un año.

A continuación se presenta en la tabla de las variables sociodemográficas en relación al nivel de depresión.

Tabla I. Variables Clínicas en relación al nivel de depresión

VARIABLE	Normal N = 69 F (%)	Depresión Leve N = 32 F (%)	Depresión Establecida N = 50 F (%)	Chi²	Sig.
Género				.991	.609
Masculino	38(25.2)	17(11.3)	23(15.2)		
Femenino	31(20.5)	15(9.9)	27(17.9)		
Estado Civil				23.182	.001*
Casado (a)	54(35.8)	17(11.3)	19(12.6)		
Soltero (a)	3(2.0)	2(1.3)	6(4.0)		
Viudo (a)	7(4.6)	11 (7.3)	21(13.9)		
Separado (a)	5(3.3)	2 (1.3)	4(2.6)		
Ocupación				8.603	.197
Empleado (a)	16(10.6)	4 (2.6)	11(7.3)		
Jubilado (a)	15(9.9)	12(7.9)	13(8.6)		
Negocio Propio	11(7.3)	2 (1.3)	2(1.3)		
Hogar	27(17.9)	14(9.3)	24(15.9)		
Vive con:				29.309	.000*
Cónyuge	52(34.4)	14(9.3)	18(11.9)		
Hijos	4(2.6)	5(3.3)	16(10.6)		
Nietos	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)		
Otro familiar	2(1.3)	5(3.3)	7(4.6)		
Nadie	10(6.6)	8(5.3)	9(6.0)		
Vive en casa:				5.709	.457
Propia	57(37.7)	24(15.9)	44(29.1)		
Rentada	4(2.6)	2(1.3)	3(2.0)		
Prestada	7(4.6)	5(3.3)	1(0.7)		
Del familiar con quien vive	1(0.7)	1(0.7)	2(1.3)		
Grado escolar:				18.100	.053*
No sabe leer ni escribir	25(16.6)	14(9.3)	34(22.5)		
Solo sabe leer y	7(4.6)	1(0.7)	1(0.7)		

VARIABLE	Normal N = 69 F (%)	Depresión Leve N = 32 F (%)	Depresión Establecida N = 50 F (%)	Chi ²	Sig.
escribir					
Primaria	30(19.9)	15(9.9)	14(9.3)		
Secundaria	3(2.0)	2(1.3)	1(0.7)		
Técnico	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)		
Profesional	3(2.0)	0(0.0)	0(0.0)		
Religión				15.179	0.19*
Católico (a)	49(32.5)	25(16.6)	45(29.8)		
Cristiano (a)	18(11.9)	3(2.0)	5(3.3)		
Ateo	1(0.7)	2(1.3)	0(0.0)		
Testigo de Jehová	1(0.7)	2(1.3)	0(0.0)		
Tratamiento médico:				7.140	.028
Sí	58(38.4)	30(19.9)	49(32.5)		
No	11(7.3)	2(1.3)	1(0.7)		
Dieta:				5.064	.281
Sí	46(30.5)	24(15.9)	40(26.5)		
No	15(9.9)	7(4.6)	5(3.3)		
Irregular	8(5.3)	1(0.7)	5(3.3)		
Tipo de Medicamentos:				24.445	.141
Antihipertensivos	11(7.3)	11(7.3)	15(9.9)		
Hipotensos	0(0.0)	0(0.0)	2(1.3)		
Antiglucémicos	14(9.3)	7(4.6)	8(5.3)		
Cardiovasculares	2(1.3)	0(0.0)	2(1.3)		
Antidepresivos	0(0.0)	1(0.7)	0(0.0)		
Anticonvulsivantes	2(1.3)	0(0.0)	0(0.0)		
Analgésicos	7(4.6)	4(2.6)	4(2.6)		
Antibióticos	22(14.6)	5(3.3)	17(11.3)		
Anticoagulantes	2(1.3)	2(1.3)	1(0.7)		
Ninguno	9(6.0)	2(1.3)	1(0.7)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

(Figura 5). Variables clínicas en relación al nivel de depresión ,2016

Lo más destacado que podemos percibir en la tabla es la significancia encontrada en las variables sociodemográficas: Estado civil, Vive con, Grado escolar, Religión y Ejercicio. En donde se observa depresión normal en cada una de ellas.

Resultados de Nivel de depresión

En relación con los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, sobre el nivel de depresión de acuerdo a la categoría del instrumento “Escala de depresión geriátrica- test de Yesavage”, el 46%(68) se encuentran sin depresión en estado “normal”, el 21%(32) presentan depresión moderada, mientras un 31% (50) tiene depresión establecida.

Resultados con medias de cada dimensión respecto a calidad de vida y su relación con nivel de depresión

Respecto a la calidad de vida de los adultos mayores en contraste al nivel de depresión por dimensión del instrumento Calidad de vida relacionada con salud Short form-36 (SF-36).

En relación a esta dimensión correspondiente al Funcionamiento Físico, los pacientes sin depresión tienen un buen funcionamiento físico que corresponde a una media de 56.30.

Los encuestados que cursan con depresión leve poseen un funcionamiento físico con una media equivalente al 30.78.

Mientras que los pacientes con depresión establecida su funcionamiento tiende a disminuir, debido a su condición, la cual es representada por una media de 18.20.

De acuerdo a la dimensión de Rol físico, los encuestados sin depresión tienen un rol físico que corresponde al 49.28. Los participantes que cursan con depresión leve poseen un rol físico con una media equivalente a 23.75. Mientras que los pacientes con depresión establecida su rol tiende a verse opacada, representado por una media de 6.00.

Lo relativo a la dimensión de dolor corporal este rubro los usuarios sin depresión no han experimentado ningún tipo de dolor en las últimas semanas después de la aplicación del instrumento, representado por una media de 59.06.

Los encuestados que cursan con depresión leve refieren haber experimentado dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas semanas después de la aplicación del instrumento con una media equivalente a 38.21.

Los pacientes con depresión establecida su lumbral de dolor, se observó presente, representado por una media 34.20

Referente a la dimensión correspondiente a salud general, los pacientes sin depresión cuentan con una buena salud que corresponde a una media de 55.43.

Los encuestados que cursan con depresión leve poseen una salud general del 35.78.

Mientras que los pacientes con depresión establecida su salud tiende a disminuir, la cual es representada por una media de 30.90.

Con relación a la dimensión Vitalidad, los encuestados sin depresión tienen una vitalidad que corresponde a una media de 61.96.

Los encuestados que cursan con depresión leve poseen una vitalidad con una media equivalente al 43.13.

Mientras que los pacientes con depresión establecida su vitalidad es representada por un 37.60.

De acuerdo con la dimensión Funcionamiento Social, los encuestados sin depresión tienen un funcionamiento social que corresponde a una media de 60.29

Los encuestados que cursan con depresión leve poseen un funcionamiento social con una media equivalente al 44.99.

Mientras que los pacientes con depresión establecida su funcionamiento es representado por un 36.05.

Respecto al rubro de Rol emocional los usuarios sin depresión refieren una media de 72.95.

Los encuestados que cursan con depresión leve presentan una media de 46.87.

Los pacientes con depresión establecida, se observó presente, el grado en que los problemas emocionales les afecta, representado por una media de 30.00

Referente a la Dimensión de Salud mental los pacientes sin depresión cuentan con una buena salud que corresponde a una media de 69.28.

Los encuestados que cursan con depresión leve poseen una media de salud mental del 56.38.

Mientras que los pacientes con depresión establecida su salud está representada por una media de 48.40.

Con los resultados obtenidos se comprueba la Hipótesis de trabajo en la que muestra: La calidad de vida de los adultos mayores está relacionada con la presencia o ausencia de depresión.

Tabla. II Calidad de vida en relación al nivel de depresión (ANOVA)

DOMINIO	NORMAL	DEPRESION LEVE	DEPRESION ESTABLECIDA	F	Sig.
	N = 69 $\bar{X} \pm E.E$	N = 32 $\bar{X} \pm E.E$	N = 50 $\bar{X} \pm E.E$		
Funcionamiento Físico	56.30 ± 4.22	30.78 ± 5.17	18.20 ± 3.42.	23.586	.000*
Rol Físico	49.27 ± 5.81	23.75 ± 6.86	6.00 ± 3.39	17.621	.000*
Dolor Corporal	59.05 ± 2.96	38.21 ± 4.25	34.20 ± 2.89	19.158	.000*
Salud General	55.43 ± 2.06	35.78 ± 2.74	30.90 ± 2.22	36.748	.000*
Vitalidad	61.95 ± 1.97	43.12 ± 3.29	37.60 ± 2.29	33.740	.000*
Funcionamiento Social	60.29 ± 2.75	44.99 ± 3.92	36.05 ± 2.46	19.964	.000*
Rol Emocional	72.94 ± 5.20	46.87 ± 8.44	30.00 ± 6.54	13.453	.000*
Salud Mental	69.27 ± 1.86	56.37 ± 3.03	48.40 ± 2.40	24.322	.000*
Calidad de Vida Total	59.38 ± 2.25	39.76 ± 3.35	30.33 ± 1.85	44.032	.000*

(Figura 6). Calidad de Vida en relación al nivel de depresión ,2016

Al observarse los resultados contrastados de calidad de vida y los resultados de depresión se observa que si existe significancia en todos y cada uno de los rubros.

Los resultados nos permiten reconocer como un estado emocional como es la depresión afecta la percepción de la calidad de vida de las personas.

CAPITULO VIII

DISCUSIÓN

En objetivo general del presente trabajo fue analizar “Calidad de vida en adultos mayores con y sin depresión en la ciudad de Morelia”. Se observaron diversos resultados de relevancia por lo cual se analizaran dichos resultados en comparación con algunos estudios de investigación relacionados con la temática.

Los autores Navarro Peña y Castro Salas (2010), describen que la teórica Dorothea E. Orem, aborda el autocuidado, lo define como “una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una necesidad para el profesional enfermería incluir en su quehacer diario acciones en base a la teórica para fomentar el autocuidado en las personas vulnerables, como lo son los adultos mayores, ya que de ahí parte una buena calidad de vida la cual se verá reflejada en su estilo de vida. El autocuidado es parte fundamental en los adultos mayores, cuando existe algún tipo de descuido en alguna de las dimensiones de la calidad de vida, la depresión se hará presente. Como lo encontrado en esta investigación, en donde se observa un déficit de autocuidado, se ve reflejado en la calidad de vida de los adultos mayores.

Como se aprecia en la Tabla. II Calidad de vida en relación al nivel de depresión (ANOVA) donde se aprecia que cada una de las dimensiones del instrumento SF 36 reportan un valor significativo en relación al nivel de depresión presentado en relación a su calidad de vida. Lo cual coincide con el Estudio de Calidad de vida en adultos mayores de Medellín, que dice la puntuación de calidad de vida mostró una significancia de ($p < 0,001$), con excepción de rol emocional donde se obtuvo mayores puntajes ($p < 0,05$).

Respecto a las puntuaciones de las dimensiones de la calidad de vida, se hallaron valores por encima de 52 puntos en pacientes sin depresión, siendo las más bajas rol físico y salud general, $52,2 \pm 20,2$ y $52,8 \pm 17,5$, respectivamente, y la más alta, la dimensión de rol emocional, $69,4 \pm 28,7$ puntos, seguida de salud mental, $60,8 \pm 25,2$. Estos resultados tienen similitud con lo encontrado en esta investigación ya que cada una de las dimensiones de calidad de vida se manejada revelan puntuaciones por arriba de los 50, con excepción del rol físico, los más bajos al igual es la investigación realizada en Medellín se encuentran el rol físico y salud general, 49.27 ± 5.81 y 55.43 ± 2.06 y la dimensión con más puntaje fue rol emocional, 72.94 ± 5.20 puntos, seguida de salud mental, 69.27 ± 1.86 .

Entre los factores que se hallaron más asociados con la calidad de vida de los adultos mayores, se encontró el sexo, en el cual las mujeres puntuaron más bajo en el valor promedio de calidad de vida con respecto a los hombres, esta situación es semejante a lo reportado por Guallar (2008) y Alejandro (2011) en donde ambos autores nos explica que son las mujeres quienes presentan un mayor deterioro en su calidad de vida tanto a nivel global, como en las distintas dimensiones del instrumento SF36.

Los resultados obtenidos por Cardona (2011) llevado a cabo en Colombia, en su investigación realizada argumenta que son las mujeres quienes, presentan sintomatología depresiva, lo que se ve reflejado de forma negativa en la calidad de vida de la mujer, además de presentar depresión y ansiedad. Esto favorece a una deficiencia en su calidad de vida. Coincidimos respecto a los resultados encontrados mediante esta investigación, efectivamente es el sexo femenino el que atraviesa una decadencia en cuanto a su calidad de vida a nivel global al igual que sus dimensiones, con excepción de la dimensión de salud general. Si recordamos el concepto de salud general, encontraremos que es la valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar. Ya que son ellas las que cuentan con un mejor autocuidado en comparación del sexo masculino.

Podemos observar en este estudio que existe una predominancia de depresión en el sexo femenino, donde resulto un 16.8% en mujeres y un 7.5% en hombres, encontrando similitud con los resultados emitidos por el INEGI en el que describe la predominancia, acorde a lo reportado por la SAMEM la depresión en la mujer es más frecuente debido a causas hormonales, circunstancias individuales y sociales de género.

En comparación con el estudio de Alejandro (2011), se encuentra una semejanza en donde él explica que el 50,7 % de la población encuestada presentó sintomatología depresiva. Los resultados obtenidos en este estudio nos muestran que el 52% de los usuarios refieren atravesar por depresión. Según lo emitido por la OMS (2016) Define la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Al presentar puntajes elevados en síntomas de depresión, ansiedad y de capacidad funcional, estas reducen el puntaje medio de calidad de vida. Como lo observado en esta investigación en donde nos muestra que la presencia de depresión, la calidad de vida se ve disminuida.

El concepto de calidad de vida en la tercera edad involucra muchas variables, como pueden ser la satisfacción, la felicidad, la autoestima, además de la capacidad adquisitiva, el disfrutar de buena salud física-psíquica, una relación social y familiar satisfactoria, entre otras muy diversas. Muchos autores están de acuerdo en que la salud es la que mayor peso tiene en la percepción de calidad de vida por parte de los ancianos y que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos.

De igual manera, diversos estudios han demostrado que los adultos mayores que tienen una peor calidad de vida se asocian con mayores prevalencias de depresión, ansiedad y déficit funcional. En este estudio, esto fue un hallazgo

constante, pues las personas que tuvieron puntajes en las escalas de síntomas depresivos, presentaron bajos puntajes de calidad de vida.

Esta situación debe tomarse con precaución, ya que el hecho de presentar sintomatologías depresivas y de ansiedad pudo derivar en que los adultos mayores puntuaran de forma negativa su calidad de vida.

A pesar de esto, la tercera edad es una fase de la vida en la que hay una gran probabilidad de desarreglos sociales, discapacidades físicas, declive cognitivo y deterioro funcional, los cuales contribuyen a procesos depresivos y de ansiedad, y así, la calidad de vida declina frente a estas enfermedades.

En relación a los usuarios que no presentaron depresión su calidad de vida se reporta en mejores condiciones. Esto tiene relación con lo reportado por Segura (2011) en donde afirma que los adultos mayores con problemas de salud presentan menores puntajes en cuanto a percepción o medición en su calidad de vida.

CAPITULO IX

CONCLUSIONES

La percepción de la calidad de vida es parte sustancial en cada participante, de ello depende el cuidado y la salud tanto del individuo, como de la familia y la comunidad. Por ello la importancia de tener presente cada una de sus dimensiones y conocer como evaluarla no solo en la población adulta mayor sino en toda la línea de vida.

Los pacientes con depresión leve poseen una calidad de vida media, en cuanto a los usuarios con depresión establecida existe un deterioro en su calidad de vida, lo que viene a limitar las condiciones tanto de funcionalidad como de autonomía, lo que se ve reflejado en la realización de las actividades cotidianas.

De acuerdo a los objetivos planteados en la investigación realizada, se puede concluir que a mayor depresión, menor calidad de vida en todas y cada una de sus dimensiones en la población adulta mayor.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes observados en los ancianos que, además de ocasionar sufrimiento y deterioro en la calidad de vida de quien la padece, suele construir en un factor de riesgo de morbimortalidad en este grupo de edad, por ello la importancia de implementar estrategias desde el primer nivel de atención para llevar a cabo un diagnostico precoz y darle un tratamiento oportuno en forma integral, de esta forma se podrá reducir el impacto negativo que tiene en el paciente, la familia y la comunidad en general, ya que de ello dependerá una excelente calidad de vida.

CAPITULO X

SUGERENCIAS

La calidad de vida del adulto mayor está íntimamente vinculada a su ambiente personal, social y familiar.

El profesional de enfermería es de vital apoyo en las comunidades para promover acciones para la participación y acompañamiento en el proceso de envejecimiento activo y saludable, ofreciendo alternativas de capacitación y recreación que tiendan a mejorar su calidad de vida.

El objetivo es Fomentar la integración de los adultos mayores autovalentes, promoviendo su autocuidado, autoestima y autogestión.

Diseñar talleres entretenidos y variados pensando especialmente en el adulto mayor.

Talleres de desarrollo y fomento del ejercicio físico y la recreación.

Para prevenir la depresión en adultos mayores:

Tratar de mantener las relaciones con sus amigos, familiares y cónyuge, ya que ellos pueden ayudar a aliviar la soledad.

El ejercicio también contribuye a prevenir la depresión o a levantar su estado de ánimo.

Integrarse a un grupo de ayuda y hacer nuevos amigos. Innumerables estudios han demostrado que las personas con fuertes redes sociales son más resistentes a la depresión y la ansiedad.

CAPITULO XI

GLOSARIO

PROCESO: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

CAPACIDAD: aptitud de una organización, sistema o proceso para realizar un producto que cumple con los requisitos para ese producto

CALIDAD: grado en que el conjunto que características inherentes cumple con los requisitos.

CALIDAD DE VIDA: Criterio a través del cual se juzga en qué medida las circunstancias de la vida aparece como satisfactorias o insatisfactorias y necesitadas de mejora

PERSONA MAYOR: Es la persona que se encuentra en la etapa de la vida que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento, es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.

ENVEJECIMIENTO: Es un proceso que comienza desde el mismo momento de la concepción y culmina con la muerte.

VEJEZ: Es un momento del curso de vida que comprende desde los 60 años en adelante.

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL: El análisis del aumento progresivo de la proporción de personas mayores de 60 años, con respecto a la población total;

teniendo en cuenta las transformaciones sociales, frente a la estructura por edad y sexo.

ENVEJECIMIENTO INDIVIDUAL: Es un proceso biológico, social y Psicológico, como resultado de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta que va delineando el momento de la vida: la vejez.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo.

ESTILO DE VIDA SALUDABLE: Se entiende por vida saludable a aquella forma de vida en la cual la persona mantiene un armónico equilibrio en su dieta alimentaria, actividad física, intelectual, recreación (sobre todo al aire libre) descanso, higiene y paz espiritual.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA: Funciones básicas que las personas necesitan ser capaces de hacer para cuidarse de sí mismas, se refieren a bañarse, vestirse, ir al baño, levantarse de la cama, alimentarse y lograr la continencia urinaria.

ADULTO MAYOR: Persona de 60 años y más.

ADULTO MAYOR FUNCIONALMENTE SANO: Aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio en la vejez con un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal.

GERONTOLOGÍA: Del griego Gerento = anciano y logos = tratado; es el estudio de la vejez. Entendemos esto como el conjunto de conocimientos y estudio del fenómeno del envejecimiento en su totalidad. Por lo tanto, la Gerontología abarca las aportaciones de todas las disciplinas científicas, filosóficas, artísticas, etcétera. Sobre el envejecimiento.

GERIATRÍA: Del griego Geron = vejez, y tría = curación; es la rama de la Medicina Interna, que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

ALZHEIMER: Es un proceso neurodegenerativo multisistémico irreversible, principal causa de demencia senil.

DEMENCIA: Síndrome causado por un trastorno cerebral, usualmente de naturaleza crónica y progresiva, en el cual existe una alteración de funciones corticales, incluidas la memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio. El deterioro de estas funciones cognitivas está comúnmente acompañado, por un deterioro en el control emocional, conducta social o motivación, todo lo cual repercute en la vida cotidiana del enfermo.

AUTOCAUIDADO: Conjunto de actividades que realizan las personas, la familia o la comunidad, para asegurar, mantener o promover al máximo su potencial de salud.

SALUD: Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a nivel de integración cada vez más altos.

DEMOGRAFÍA: Del griego demos (gente) y graphie (estudio). El estudio científico de las poblaciones humanas, incluso su tamaño, composición, distribución, densidad, crecimiento y otras características demográficas y socioeconómicas, así como de las causas y consecuencias de los cambios de esos factores.

DEPRESIÓN: Estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo. Que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza, soledad desesperación, pesimismo, sentimientos de culpa, desvalorización, quejas de orden somático como insomnio, pérdida de apetito, como también disminución de la conducta motora y dificultades cognitivas.

DEPRESIÓN CRÓNICA: Aquella depresión mayor en la que se cumplen criterios diagnósticos durante dos o más años.

DEPRESIÓN MAYOR: Síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera.

DETECCIÓN PRECOZ: Tiene por objeto mejorar el curso de la enfermedad entre los individuos afectados, reducir el número y severidad de las manifestaciones clínicas, y disminuir la mortalidad en el caso de las enfermedades fatales.

DETERIORO COGNITIVO: Daño progresivo, en mayor o menor grado, de las facultades intelectuales de una persona.

ENFERMEDAD DE PARKINSON: Enfermedad neurológica degenerativa y progresiva caracterizada por temblor el cual es máximo durante el reposo, retropulsión (tendencia a caerse hacia atrás), rigidez, postura estática, lentitud de los movimientos voluntarios y expresión facial en máscara.

FUNCIONALIDAD: Es la capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social.

FUNCIONES COGNITIVAS: Las funciones cognitivas son aquellas funciones y procesos por los que el individuo recibe, almacena y procesa la información relativa a uno mismo, a los demás y al entorno.

LONGEVIDAD: Potencial biológico de la duración de la vida. Extensión máxima de la duración de la vida humana. Esta duración parece ser del orden de 110 a los 115 años.

MEMORIA: Proceso mental o función cognitiva que hace referencia al almacenamiento y recuperación de la información.

POBLACIÓN: Conjunto de individuos que habita determinado territorio en un período de tiempo dado.

PREVENCIÓN: Acción y efecto de prevenir. Preparación o acción anticipada para evitar daños o males inminentes. Se asocia también a advertir (dar a conocer lo que va a ocurrir) y precaver (tomar medidas para evitar o remediar algo).

REDES SOCIALES: Las redes son vínculos regulares entre actores sociales (individuales o colectivos) donde se produce intercambios (de recursos, apoyo afectivo, información, entre otros), con procesos de comunicación directa y basadas en una relación de confianza.

AUTOAYUDA: Adiestramiento de los pacientes en las habilidades pertinentes para superar y manejar su problema de salud. Incluye el uso de materiales escritos, programas informáticos o material grabado en audio/vídeo.

GRUPO DE AYUDA MUTUA: Grupo específicamente creado para ayudar a sus miembros a afrontar la situación vital crítica, como es el caso de los enfermos mentales crónicos, y por otro informar, orientar y apoyar a las familias ofreciendo recursos para soportar la angustia y sobrellevar los prejuicios vinculados al desconocimiento de determinadas enfermedades.

GRUPOS DE APOYO: Suelen ser convocados por un profesional y estar compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal.

CAPITULO XII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alfaro A. Acuña, M. (2006). Depresión en la atención primaria en adultos añosos. *Gerontol Geriatr*. Vol 2 (3). Pág: 18-21.
2. American Geriatric Society. (2010). The management of chronic pain in older persons. *Journal of the American Geriatric Society*. Vol46. Pág: 635-651.
3. Andrade, T. C. (2011). Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Tesis de grado. Facultad de salud pública, Escuela de nutrición y dietética, Riobamba, Ecuador.
4. Backer, F. Espino, D. (1997). A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican American elders. *Int J Geriatr Psychiatry*. Vol 12(1). Pág: 21-25.
5. Beers, M.H., y Berkow, R. (2011). *Merck Manual of Geriatrics*, 3a.ed. Whitehouse Station (NJ): Merck Research Laboratories.
6. Brennan, F. Carr, D. Cousins, M. (2007). Pain Management: A Fundamental human Right. *Pain Medicine*. Vol 105(1). Pág: 205-221.
7. Broder, J. Snarski J. (2007). Back Pain in the Elderly. *Clin Geriatr Med*. Vol23. Pág: 271-289.
8. Cochran SV, Rabinowitz FE. (2007). *Men and Depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press.

9. Calidad de vida y depresión en adultos mayores. (2012). Revista cubana de medicina familiar. Vol. 42 (3). Pág.: 237-247.
10. Capponi (2009), Blazer (2007), Casey (2006), Murphy, Macdonald (2010) tomado de Arenas, M.E. (1996). Adaptación y validación del Geriatric Depression Scale para Adultos Mayores del Gran Santiago. Tesis para optar título de Psicólogo.
11. Capote, E. Casamayor, Z. Castañer, J. Et al. (2012). Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. Revista Cubana de Medicina Militar. Vol. 41(3): 237-247.
12. Cowan, D. Fitzpatrick, J. Roberts, J. (2008). The assessment and management of pain among older people in care homes: current status and future directions. International Journal of Nursing Studies. Vol 40. Pág.: 291-298.
13. Conwell, Y. (2001). Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. Suicide and life-threatening behavior. Vol 31 (suppl.). Pág: 32-47
14. Cristian, A. Thomas, J. Nisenbaum, M. et al. (2006). Practical considerations in the assessment and treatment of pain in adults with physical disabilities. Phys Med Rehab Clin N Am. Vol 16. Pág: 57-90.
15. Cuba. Ministerio de Salud Pública. (1997). Programa del adulto mayor. La Habana: MINSAP. Pág.:1-4.
16. Diccionario Medico ver.2, 0 Lite- Ultima actualización el 27/05/2014 consultado: 30/05/2016 Disponible en: <http://www.DiccionarioMedico.net> 2010-2014.

17. Estrada, A. Cardona, D. Segura, A. Chavarriaga, L. Ordóñez, J. Osorio, J. Et al. (2011) Calidad de vida en los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*. Vol. 31: 492- 502.
18. Fernández-Sanmartín MI, Andrade C, Molina J, Muñoz PC, Cerrel B, Rodríguez M, et al. (2008). Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry*. Vol 17: Pág: 279-287.
19. Fong J, A y Hechavaría, J. Geriatria. (2002) ¿Es el desarrollo o una necesidad? *MEDISAN*. Vol. 6(1). Pág.: 69-75.
20. Gallo J.J., y Rabins, P.V. (2014). Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*. Vol. 60 (3).Pág. 820-826.
21. Gallo, J.J. y Coyne, J.C. (2000). The challenge of depression in later life: bridging science and service in primary care. *Journal of the American Medical Association*. Vol 284 (12). Pág. 1570-1772.
22. García-Serrano MJ, Tobías-Ferrer J. (2011). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano en riesgo. *Atención Primaria*. Vol27 (7). Pág: 484-488.
23. Gibson, S. (2007) IASP global year against pain in older persons: highlighting the current status and future perspectives in geriatric pain. *Exper Rev. Neurotherapeutics*. Vol 7(6). Pág: 627-635.
24. Gloth, M. (2012). Geriatric pain. Factors that limit pain relief and increase complications. *Geriatrics*. Vol55 (10). Pág: 46-54.

25. González Aragón J. (2008) Teoría social del envejecimiento. Gerusia. Año 1. Vol.1 Octubre- diciembre.
26. Guallar P, Sendino A, Banegas J, López E, Rodríguez F, Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. Soc Sd Med.2008; 60:1:285-92.
27. Gum, A.M., Areán, P.A., Hunkeler, E., Tang, L., Katon, W., Hitchcock, P., Steffens, D.C., Dickens, J. y Unützer, J.(2006). Depression treatment preferences in older primary care patients. Gerontologist. Vol 46 (1).Pág: 14-22.
28. Gurland, J. (2012). Depression and disability in the elderly: reciprocal relations and changes with age. Int J Geriatric Psychiatry. Vol 3. Pág.: 163-179.
29. Helme, R. Gibson, (2008). The epidemiology of pain in elderly people. Clin Geriatric Med. Vol 17(3). Pág: 417-431.
30. Hernández, S. R. (2010). *Metodología de la investigación* . México, DF: Mc Graw-Hill/Interamericana Editores, s. a de c.v.
31. Hidalgo, C. I. (2006). Comparación de la calidad de vida entre adultos mayores pertenecientes a un grupo organizado y adultos mayores que se atienden en el consultorio Dr. Pedro Jauregui de Osorno. Tesis de Grado. Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
32. Huenchuán, S. (2013). *“Envejecimiento, solidaridad y protección social en América latina y el Caribe. La hora de Avanzar hacia la igualdad”* Publicación de Naciones Unidas, Santiago de Chile. Pág.: 13 y 14.

33. Instituto nacional de Estadística, Geográfica e Informática. (2012). *Estadísticas de mortalidad, 2012*. Consulta interactiva de datos. México.
34. Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: final data for (2013). *National Vital Statistics Reports*; 53(5). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
35. Lammoglia, E. (2007). *Ancianidad ¿Camino sin retorno?* México: Editorial Grijalbo.
36. Leland, J. (2009). Chronic pain: Primary care treatment of the older patient. *Geriatrics*. Vol54 (1). Pág: 23-37.
37. Loughlin A. (2004). Depression and social support: effective treatments for homebound elderly adults, *Journal of Gerontological Nursing*. Vol 30(5).Pág:11-15.
38. Martínez, J. Ordaz, V. Esquivel, C. Velasco, V. Et al. (2007). Prevalencia de la depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Med Inst Mex Seguro Soc*. Vol. 45 (1): 21-28.
39. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Arias Blanco MC. (2005). Abreviar lo breve. Aproximación aversiones ultracortas del cuestionario de Yesevage para el cribado de la depresión. *Aten Primaria*. Vol 35 (1). Pág.: 14-21.
40. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Luque R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medifam*. Vol 12. Pág. 620-30.

41. Medina, E. Rascón, L. Tapia, R. Mariño, M. Juárez, V. Villatoro, J et al. (2006). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *An Ins Mex Psiquiatr.* Vol. 3. Pág.: 48-55.
42. Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. Consultada: 29 de Mayo de 2016.
43. Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, Ginebra, Suiza. Pág.: 29-30
44. Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el Envejecimiento y ciclo de vida. Consultado el 26 de Mayo de 2016. Disponible en: www.who.int.
45. Organización Mundial de la Salud. (2016). La salud mental y los adultos mayores. Consultado el 28 de Mayo de 2016. Disponible en: www.who.int.
46. Organización de las Naciones Unidas. (2013). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *Perspectivas Mundiales Demográficas: Revisión 2012*.
47. Padrol, A. Francesch, A. Pérez, M. Castel, A. Rull, M. (2011). Prevalencia del dolor hospitalario en pacientes geriátricos (resumen). XXIII Congreso de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Barcelona.
48. Pollack, W. (2012). Mourning, melancholia and masculinity: recognizing and treating depression in men. En: W. Pollack y R. Levant, eds., *New Psychotherapy for Men*. Nueva York: Wiley. Page: 147-166.

49. Prowse M. (2007). Postoperative pain in older people: a review of the literature. *J Clin Nurs*. Vol 16(1). Pág: 84-97.
50. Quintanar, G. A. (2010). Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del Municipio de Tetepango. Tesis Licenciatura. Escuela Superior Actopan Área Académica de Psicología, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Actopan, Hidalgo.
51. Ramón, J.M. Subira C. (2001). Prevalencia de malnutrición en población anciana Española. (Barcelona). Vol 117. Pág.: 766-770.
52. Rubinow, D.R., Schmidt, P.J., y Roca, C.A. (2014). Estrogenserotonininteractions: implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*. Vol 44 (9). Page: 839-850.
53. Schmader, K. Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia in Older Adults. (2007). *Clin Geriatr*. Vol 23. Pág: 615-632.
54. Secretaria de Salud. (2012). Salud, Bienestar y envejecimiento (SABE). Michoacán. Consultado el 29 de Mayo de 2016. Disponible: www.salud.gob.mx.
55. Tanner, E. (2005). Recognizing late-life depression: why is this important for nurses in the home setting? *Geriatric Nursing*. Vol 26 (3). Pág: 145.
56. Torres, O.A. (2003). *Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar*. Facultad de ciencias Biológicas. Diplomado en Especialista, Universidad de Colima.
57. Tsuang, M.T., Bar, J.L., Stone, W.S. y Faraone, S.V. (2004). Gene environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry*. Vol 3 (2). Page: 73-83.

58. Tsuang, M.T. (2010). The genetics of mood disorders. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press.
59. Varela LF. Valoración geriátrica integral. Geriátrica primera parte. (2003). Rev. Diagnostico. Vol.42 No.2 marzo-abril. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.orgpe/revista/numeros/2003/marabro03/38-42.html>.
60. Won, A. Lapane, K. Vallow, S. (2006). Long-term effects of analgesics in a population of elderly nursing home residents with persistent nonmalignant pain. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. Vol 61(2). Pág: 165-169.
61. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
62. Zarit, S. Griffiths, P. Berg, S. (2007). Pain perceptions of the oldest old: alongitudinal study. The Gerontologist. Vol 44(4): Pág: 459-468.

CAPITULO XIII

APENDICES

Apéndice 1 Operacionalización de Variables

Variable	Tipo	Clasificación	Indicador (Ítems)
Independiente	<u>Adulto Mayor:</u> Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), define como adulto mayor o anciano a toda persona de 60 años y más.	Según la OMS (2015) • Tercer Edad: 60-70 años • Cuarta Edad: 75-89 años • Longevos: 90-99 años • Centenarios: Más de 100 años	
Dependiente	<u>Calidad de vida:</u> La OMS (2005) define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto	Ware et al 1993 describe 8 áreas: 1. Función Física 2. Rol Físico 3. Dolor Corporal 4. Salud General 5. Vitalidad	1,2,3,4,4,5,6,7,8 9,10,11,12,13,14, 15,16,17,18,19,20 21,22,23,24,25,26

<p>cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros.</p>	<p>6. Función Social 7. Vida Laboral 8. Vida Espiritual</p>	<p>27,28,29,30,31,32, 33,34,35,36.</p>
<p><u>Depresión:</u></p>		
<p>Dependiente</p>	<p>Trastorno de</p>	<p>1,2,3,4,5,6,7,8,9</p>

estado de ánimo, de forma transitoria o permanente, que consiste en una alteración de la vida psíquica, sensación de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, que se acompaña de anhedonia (Diccionario Medico, 2014).	10,11,12,13,14 Y 15.
---	-----------------------------

(Figura 7). Operacionalización de Variables, 2016

Apéndice 2 Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERÍA



Instrumento: “CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES CON Y SIN DEPRESIÓN EN LA CIUDAD DE MORELIA”

La investigación se está llevando a cabo por la PLESS. Eunice Ayala Ramírez. Con el propósito, detectar los factores que influyen en la calidad de vida en los adultos mayores con y sin depresión en la Ciudad de Morelia. Por lo cual, solicitamos su valioso apoyo para responder el presente cuestionario, le hago hincapié, que la información que proporcione, es totalmente **confidencial y que no implica riesgos**. El tiempo aproximado de respuesta es de 15 minutos. Si ha leído este documento y ha decidido participar de manera voluntaria, Usted tiene derecho a abstenerse de participar en cualquier momento. El participar no le genera ningún tipo de obligación presente o futura. El *negarse a participar NO le va a afectar*. Ante cualquier duda, por favor consúltela con la investigadora. De antemano: **¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!**

Expreso mi consentimiento para participar dado que he recibido toda la información, necesaria de lo que incluirá el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad además de explicar que esta investigación no implica ningún riesgo.

Fecha. _____ Nombre y firma del investigador (a) _____ Firma del participante _____

Apéndice 3 Instrumentos



A. Instrumento de colecta de datos



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas.

1) VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

DATOS GENERALES					
Edad en años cumplidos					
Género			Mujer		Hombre
Estado Civil	Casado(a)		Soltero (a)	Viudo(a)	Separado(a)
Ocupación	Empleado(a)) Tipo	Jubilado(a)	Negocio propio	Hogar	Otro ¿Cuál?
Con quien vive actualmente	Cónyuge	Hijos(a)	Nieto(a)s	Otro familiar Quién?	Nadie
Vive en casa	Propia	Rentada	Prestada	Del familiar con quien vive	
Último grado escolar	No sabe leer ni escribir	Solo sabe leer y escribir	Primaria Profesional	Secundaria Profesional	Técnico Otro ¿Cuál?
Religión					

OTROS FACTORES						
Tiempo de diagnóstico						
Tratamiento médico	Dieta Si No Irregular	Medicamentos/ cual(es)	Ejercicio Cual			Ninguno
Red social de apoyo	Apoyo mutuo	Grupo de la iglesia	Club del diabético	Otro Cuál?		
Comorbilidad	Hipertensión	Diabetes M	Ansiedad	Otra Cuál		

2) CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD SHORT FORM-36 (SF-36)

Instrucciones: Marque con una (X) la respuesta que considere más adecuada

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

**1 Mucho mejor ahora que hace un año
2 Algo mejor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año
4 Algo peor ahora que hace un año
5 Mucho peor ahora que hace un año**

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (¿cómo estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta**
- 2 Bastante cierta**
- 3 No lo sé**
- 4 Bastante falsa**
- 5 Totalmente falsa**

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta**
- 2 Bastante cierta**
- 3 No lo sé**
- 4 Bastante falsa**
- 5 Totalmente falsa**

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta**
- 2 Bastante cierta**
- 3 No lo sé**
- 4 Bastante falsa**
- 5 Totalmente falsa**

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta**
- 2 Bastante cierta**
- 3 No lo sé**
- 4 Bastante falsa**
- 5 Totalmente falsa**



B. Instrumento de colecta de datos

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS
DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE

EDAD: _____ GENERO: _____ NIVEL ACADÉMICO: _____.

Instrucciones: Marque con una (X) la respuesta que considere más adecuada

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SI	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO

Apéndice 4 Autorización Comité de Bioética

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

LE. Eunice Ayala Ramírez
Presente.

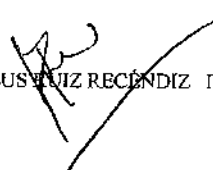

Por este conducto se comunica que la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería, realizó la revisión del protocolo de investigación; titulado: "Calidad de vida en adultos mayores con y sin depresión en la ciudad de Morelia". La Comisión dictaminó aprobar en lo general el protocolo y continúe su investigación con su tutora.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

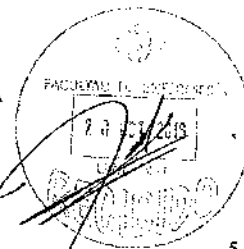
A T E N T A M E N T E

Morelia, Michoacán a 29 de agosto de 2016

 
DRA. MARIA CRISTINA MARTEA REYES DRA. MAGDALENA LOZANO ZÚÑIGA

 
DRA. MA DE JESUS RUIZ RECENDIZ DRA. MARIA JAZMIN VALENCIA GUZMAN


ME. BARBARA MÓNICA LEMUS LOEZA



5

Apéndice 5 Gráficas

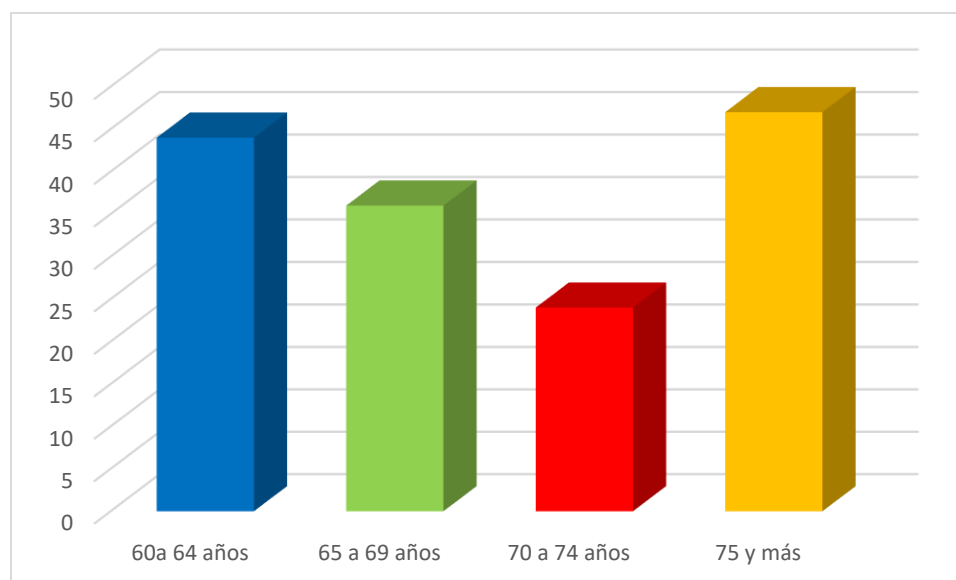
Tabla 1

Edad de los adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 60 a 64 años	44	29
65 a 69 años	36	24
70 a 74 años	24	16
75 y más	47	31
Total	150	100.0

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráfica 1



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: El 29% (43) poseen una edad de 60 a 64 años, el 24% (36) están entre 65 a 69 años, el 16% (24) de nuestra población tienen una edad de 70 a 74 años y el 31% (47) cuentan con 75 y más.

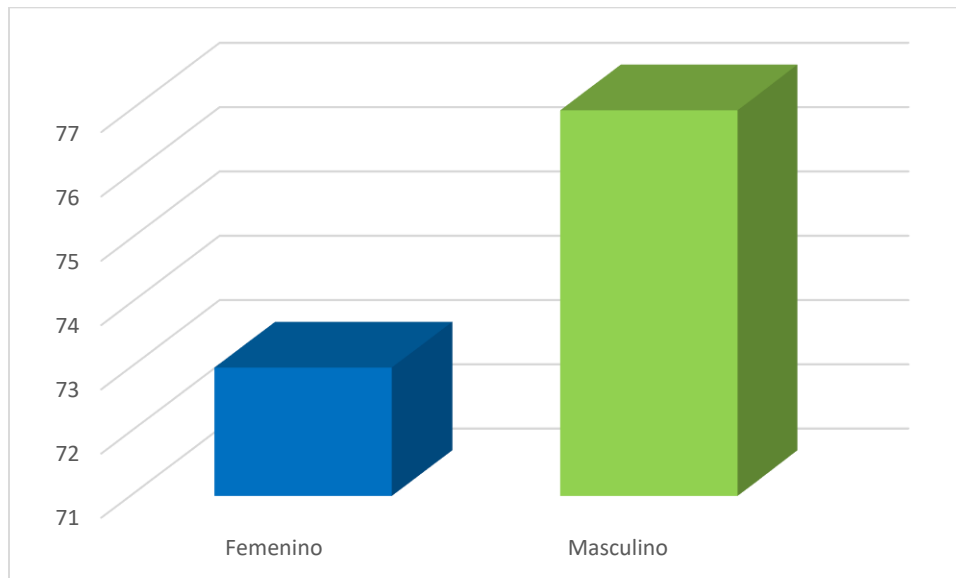
Tabla 2

Género de los adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	73	49
	Masculino	77	51
	Total	150	100.0

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráfica 2



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: El 52% (77) corresponde al sexo masculino, el 48% (73) corresponde al sexo femenino.

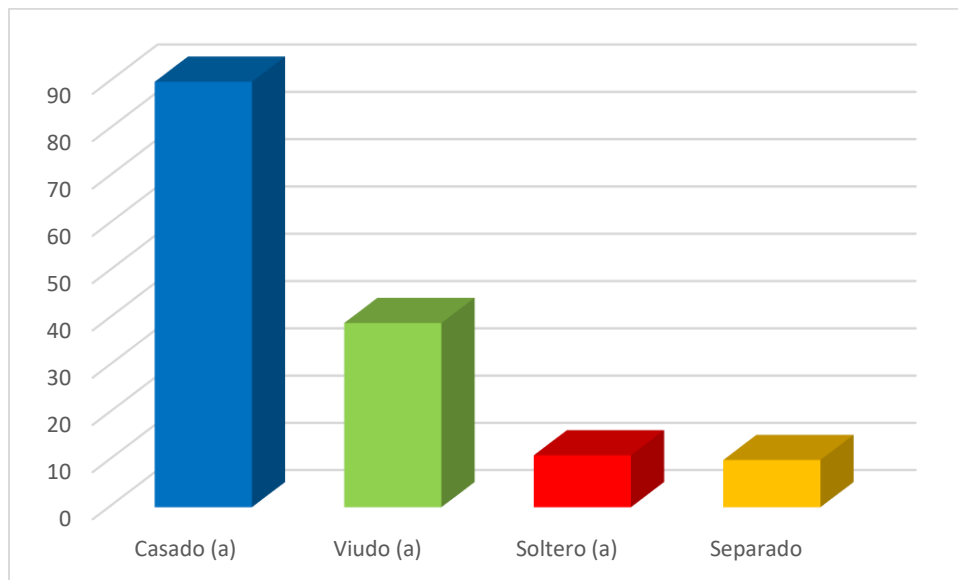
Tabla 3

Estado Civil de los adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Casado (a)	90	60
	Viudo (a)	39	26
	Soltero (a)	11	7
	Separado	10	7
	Total	150	100.0

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráfica 3



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: El 60% (90) se encuentran casados, el 26% (39) están viudos, 7% (10) lo ocupan los solteros, y el 7% (11) se encuentran separados.

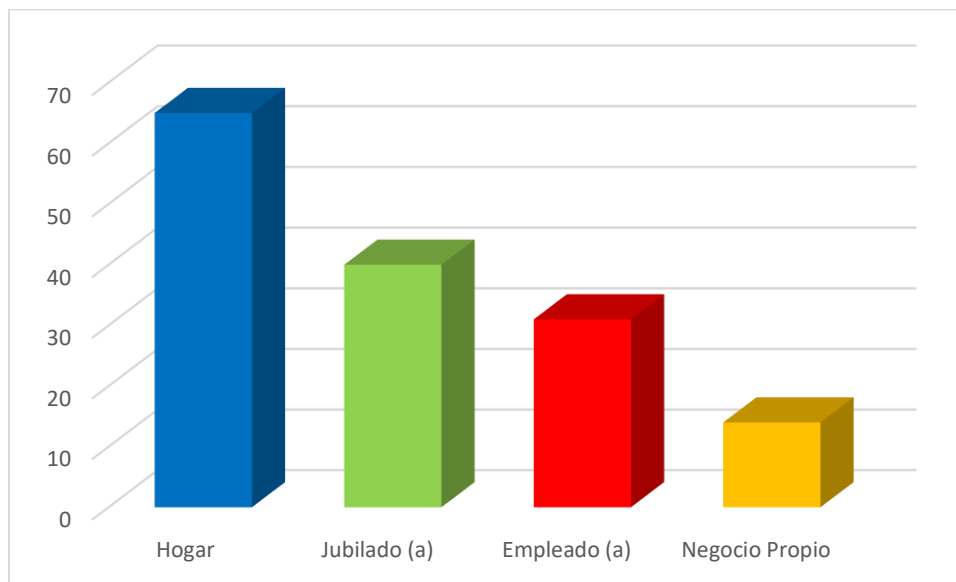
Tabla 4

Ocupación de los adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Hogar	65	43
	Jubilado (a)	40	26
	Empleado (a)	31	21
	Negocio Propio	14	10
	Total	150	100.0

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráfica 4



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: El 43% (65) lo ocupan amas de casa, el 26% (40) se encuentran jubilados, el 21% (31) son empleados y 10% (14) poseen un negocio propio.

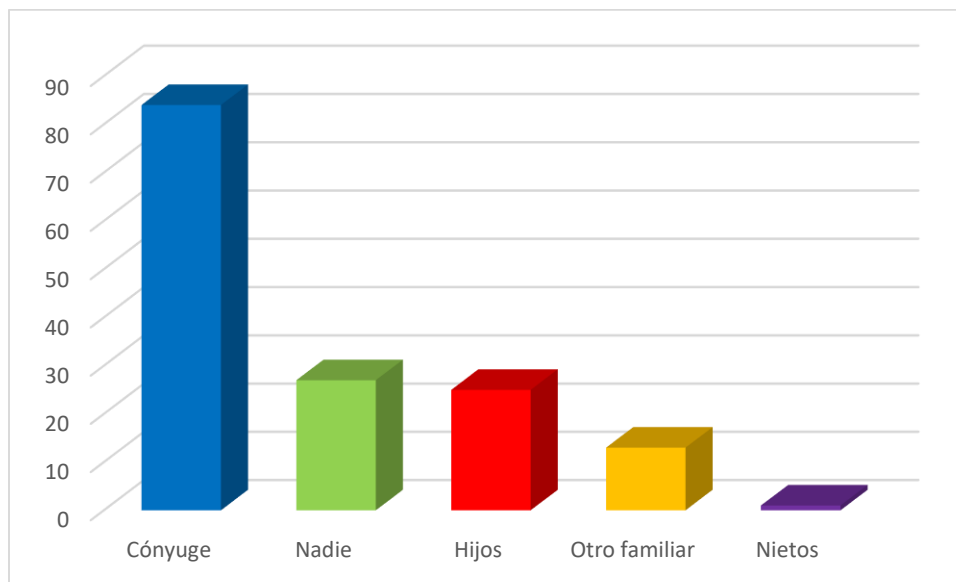
Tabla 5

Con quien viven los adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Cónyuge	84	56
	Nadie	27	18
	Hijos	25	16
	Otro familiar	13	9
	Nietos	1	1
	Total	150	100.0

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráfica 5



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: El 56% (84) viven con su cónyuge, el 18% (27) moran solos, el 16% (25) refiere vivir con algún hijo, el 9% (13) vive con otro familiar y solo el 1% (1) vive con su nieto.

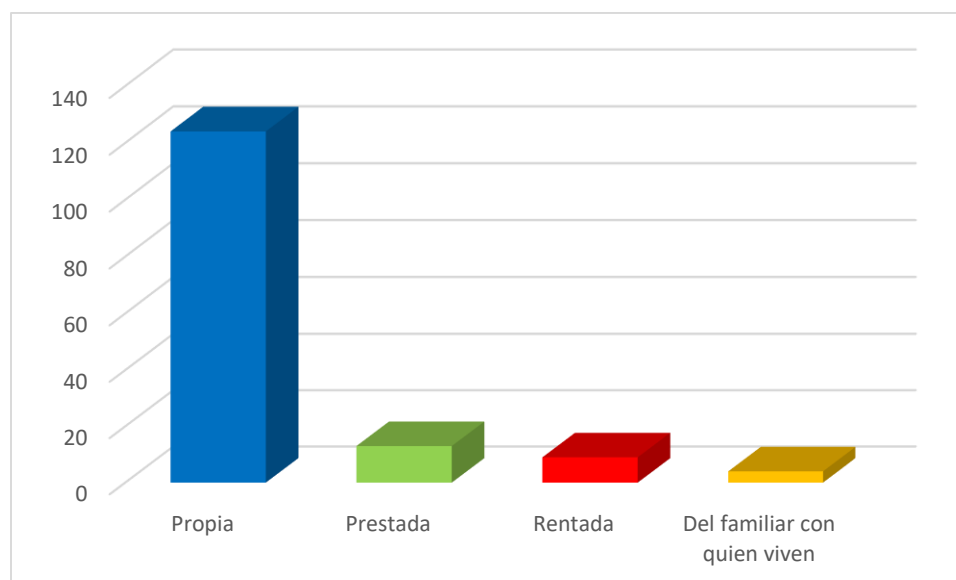
Tabla 6

Casa donde viven los adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Propia	124	83
	Prestada	13	8
	Rentada	9	6
	Del familiar con quien viven	4	3
	Total	150	100.0

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráfica 6



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: El 83% (124) habitan en casa propia, el 8% (13) es prestada la casa en donde viven, el 6% (9) renta, mientras que el 3% (4) moran la casa del familiar con quien viven.

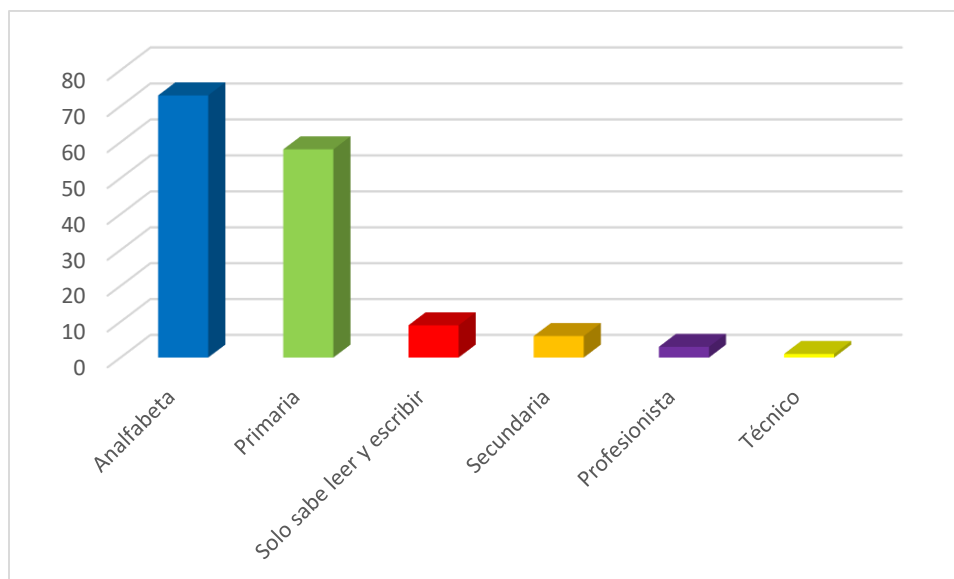
Tabla 7

Ultimo grado escolar de los adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Analfabeta	73	48
	Primaria	58	39
	Solo sabe leer y escribir	9	9
	Secundaria	6	4
	Profesionista	3	2
	Técnico	1	1
	Total	150	100.0

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráfica 7



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: El 48% (73) no sabe leer ni escribir, el 39% (58) estudio la primaria, el 6% (9) solo sabe leer y escribir, el 4% (6) culminó la secundaria, el 2% (3) tiene una profesión y el 1% (1) cuenta con carrera técnica.

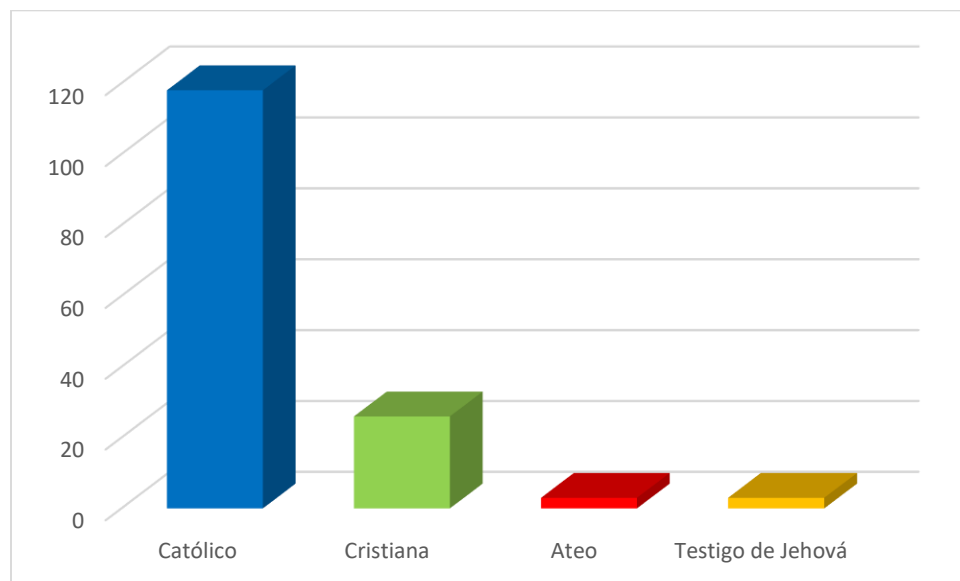
Tabla 8

Religión de los adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Católico	118	79
	Cristiana	26	17
	Ateo	3	2
	Testigo de Jehová	3	2
	Total	150	100.0

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráfica 8



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: El 79% (118) son católicos, el 17% (26) practican la religión cristiana, el 2% (3) son ateos y el otro 2% (3) son testigos de Jehová.

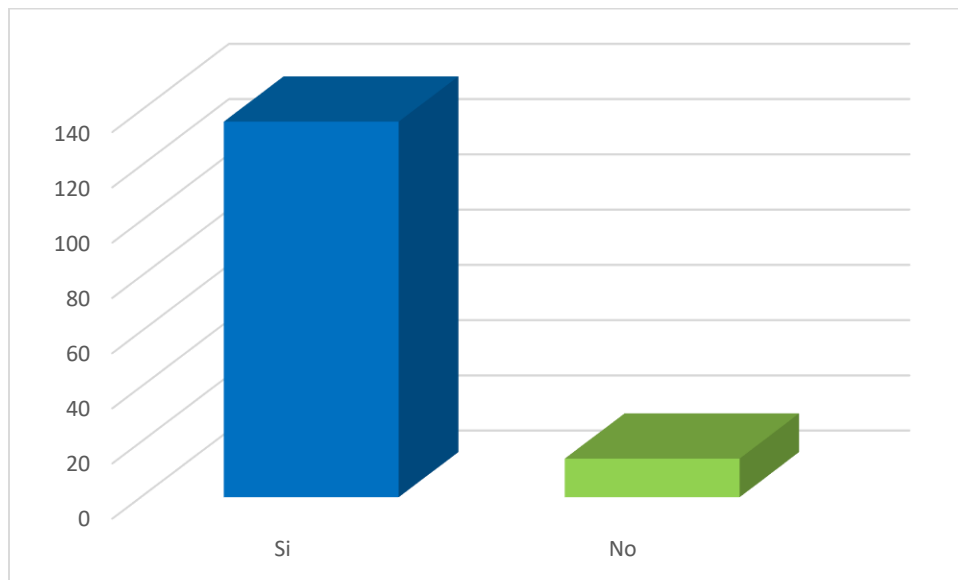
Tabla 9

Tratamiento médico los adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	136	91
	No	14	9
	Total	150	100.0

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráfica 9



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: El 91% (136) de los pacientes cursan por algún tratamiento médico y el otro 9% (14) no cursa por ningún tratamiento médico.

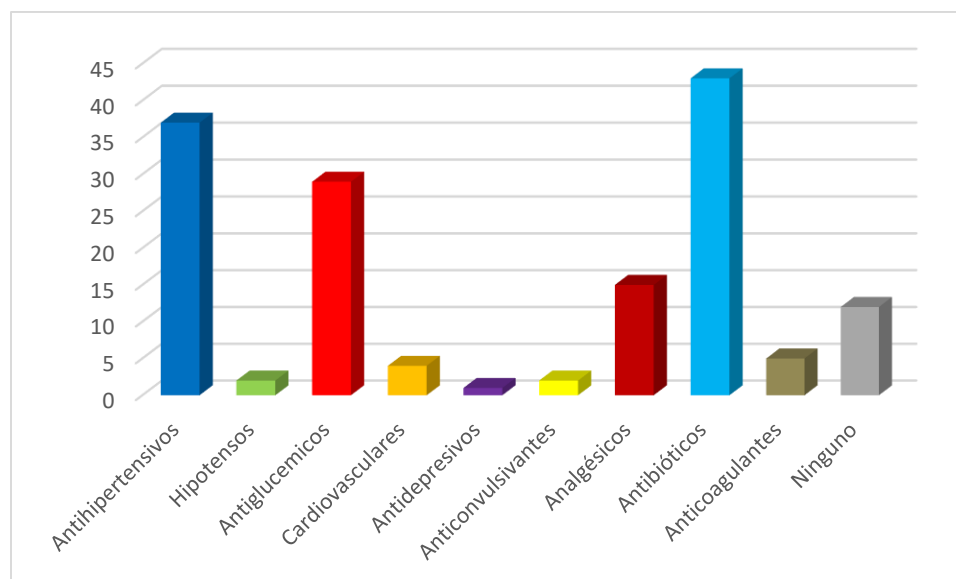
Tabla 10

Tipo de medicamentos que ingieren los adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

	Frecuencia	Porcentaje
Antihipertensivos	37	25
Hipotensos	2	1
Antigluceemicos	29	19
Cardiovasculares	4	3
Antidepresivos	1	1
Válidos Anticonvulsivantes	2	1
Analgésicos	15	10
Antibióticos	43	29
Anticoagulantes	5	3
Ninguno	12	8
Total	150	100.0

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráfica 10



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: El 29% (43) de los pacientes ingieren antibióticos, el 25% (37) toman antihipertensivos.

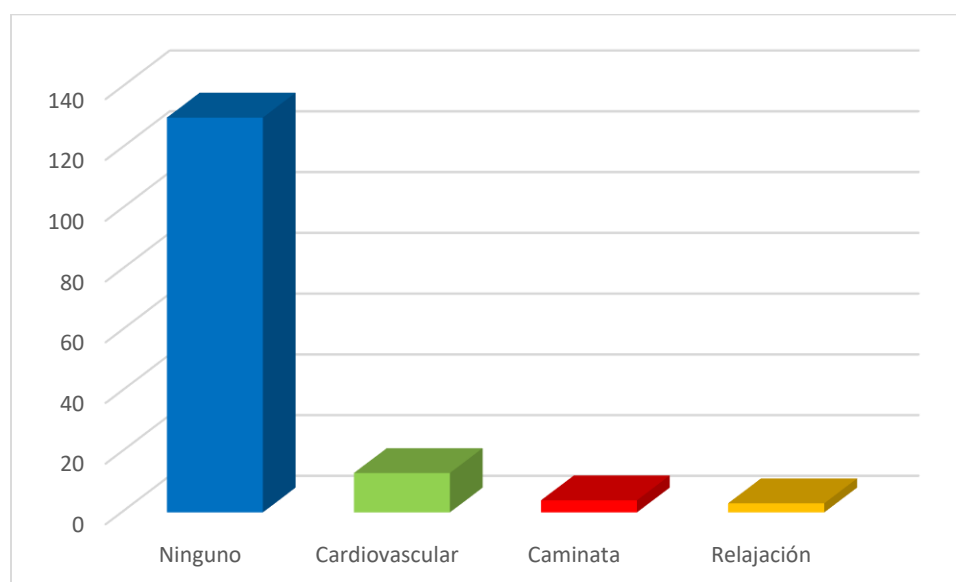
Tabla 11

Tipo de ejercicio que realizan los adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguno	130	87
	Cardiovascular	13	13
	Caminata	4	4
	Relajación	3	3
	Total	150	100.0

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráficas 11



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: El 87% (130) de los pacientes no realizan ningún tipo de ejercicio, el 8% (13) realizan ejercicio tipo cardiovascular, el 3% (4) refiere realizar caminata y el 2% (3) practican la relajación.

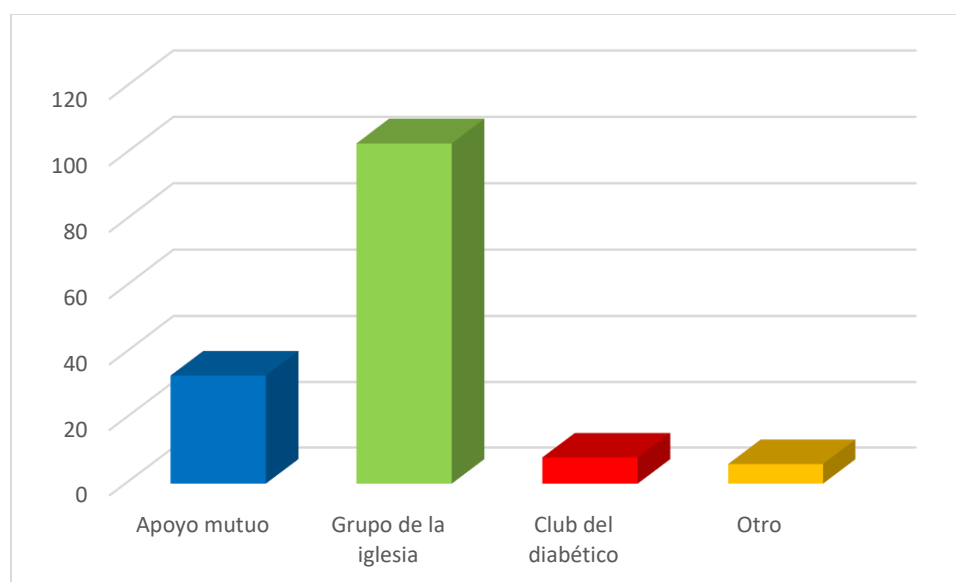
Tabla 12

Tipo de red social de apoyo de los adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo mutuo	33	22
Grupo de la iglesia	103	69
Válidos Club del diabético	8	5
Otro	6	4
Total	150	100.0

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráfica 12



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: El 69% (103) de los pacientes se apoyan en el grupo de la iglesia, el 22% (33) en apoyo mutuo, el 5% (8) se refugia en el club diabético y el 4% (6) refiere apoyarse en otro grupo.

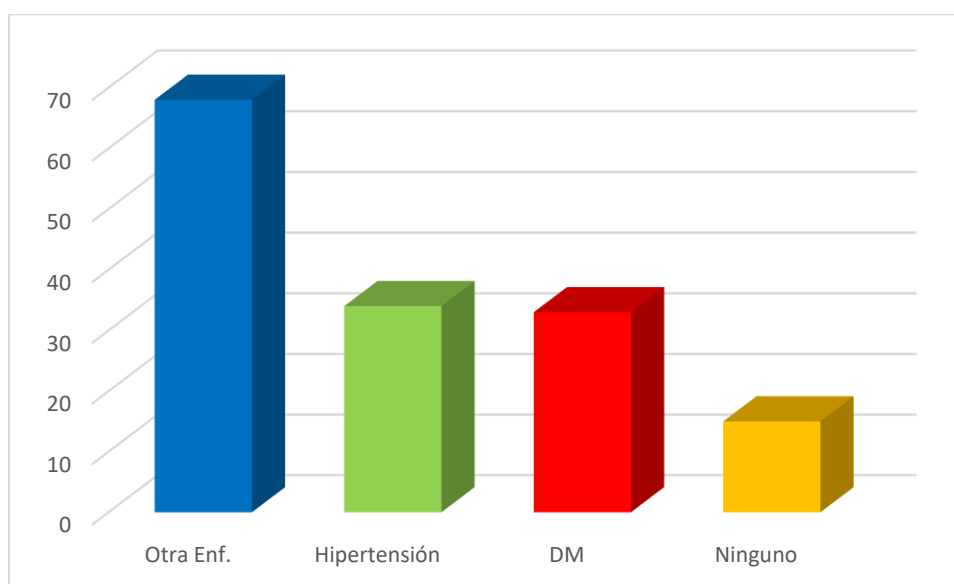
Tabla 13

Padecimiento actual de los adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Otra Enf.	68	46
	Hipertensión	34	22
	DM	33	22
	Ninguno	15	10
	Total	150	100.0

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráfica 13



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: El 46% (68) padece alguna otra enfermedad, el 22% (34) tiene hipertensión, el 22% (33) sufre de diabetes mellitus, el 10% (15) asegura no tener ninguna enfermedad.

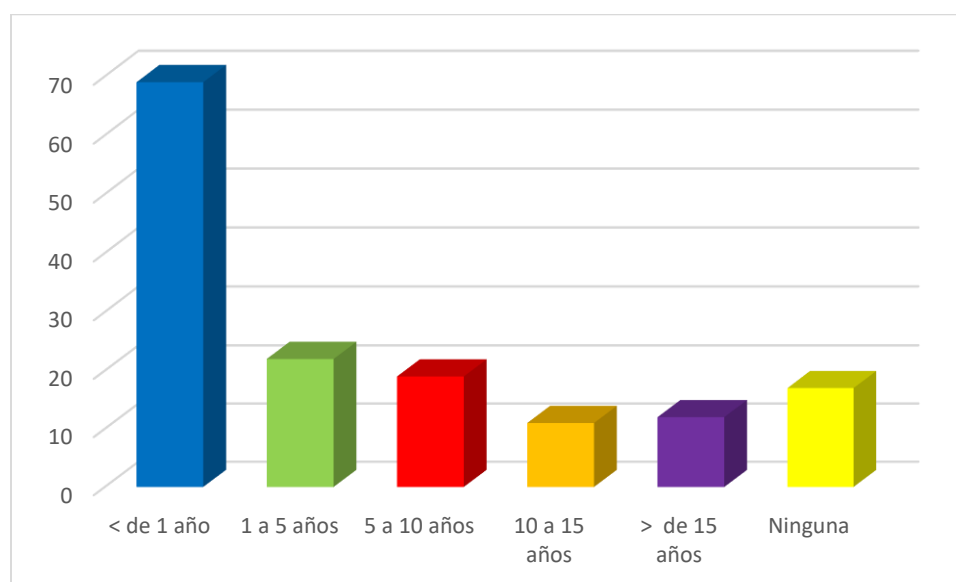
Tabla 14

Tiempo de diagnóstico de los adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	< de 1 año	69	46
	1 a 5 años	22	15
	5 a 10 años	19	13
	10 a 15 años	11	7
	> de 15 años	12	8
	Ninguna	17	11
Total		150	100.0

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráfica 14



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: El 46% (69) se les fue diagnosticado su enfermedad menos de 1 año y el 7% (11) fueron diagnosticados de 10 a 15 años.

RESULTADOS DE NIVEL DE DEPRESIÓN

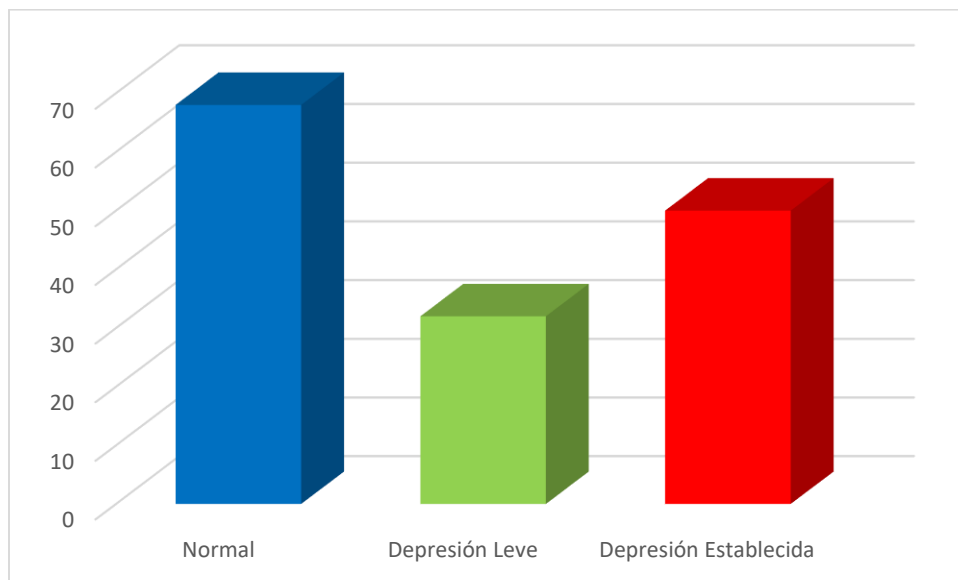
Tabla 15

Nivel de depresión de los pacientes adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	68	46
Depresión Leve	32	21
Depresión Establecida	50	33
Total	150	100.0

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráfica 15



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: El 46% (68) cuenta con depresión normal, el 21% (32) atraviesa por depresión leve, mientras el 33% (50) padece depresión establecida.

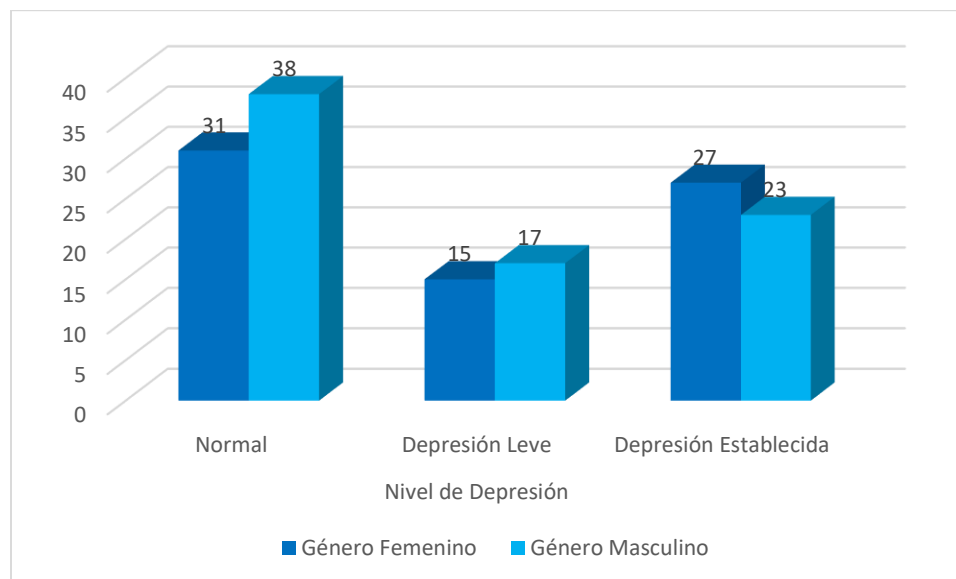
Tabla 16

Nivel de depresión en relación al género de los adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

		Género		Total
		Femenino	Masculino	
Nivel de Depresión	Normal	30	38	68
	Depresión Leve	15	17	32
	Depresión Establecida	27	23	50
	Total	73	78	150

Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Gráfica 16



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

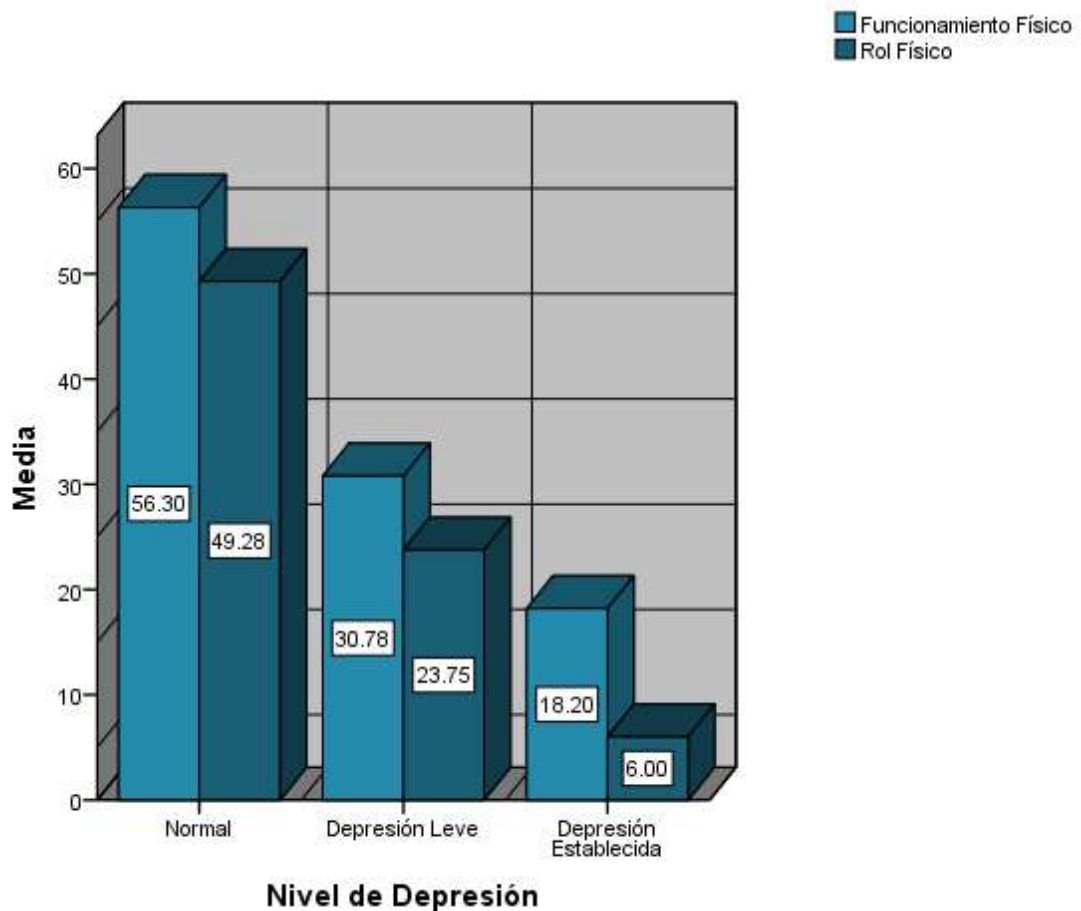
Interpretación: El 27% de la población femenina padece depresión establecida, el 23% de los encuestados del sexo masculino atraviesa por depresión establecida.

RESULTADOS DE CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL NIVEL DE DEPRESIÓN

Tabla 17

Calidad de vida en relación al nivel de depresión por dimensiones a adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

1.-Funcionamiento Físico
2.-Rol Físico



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

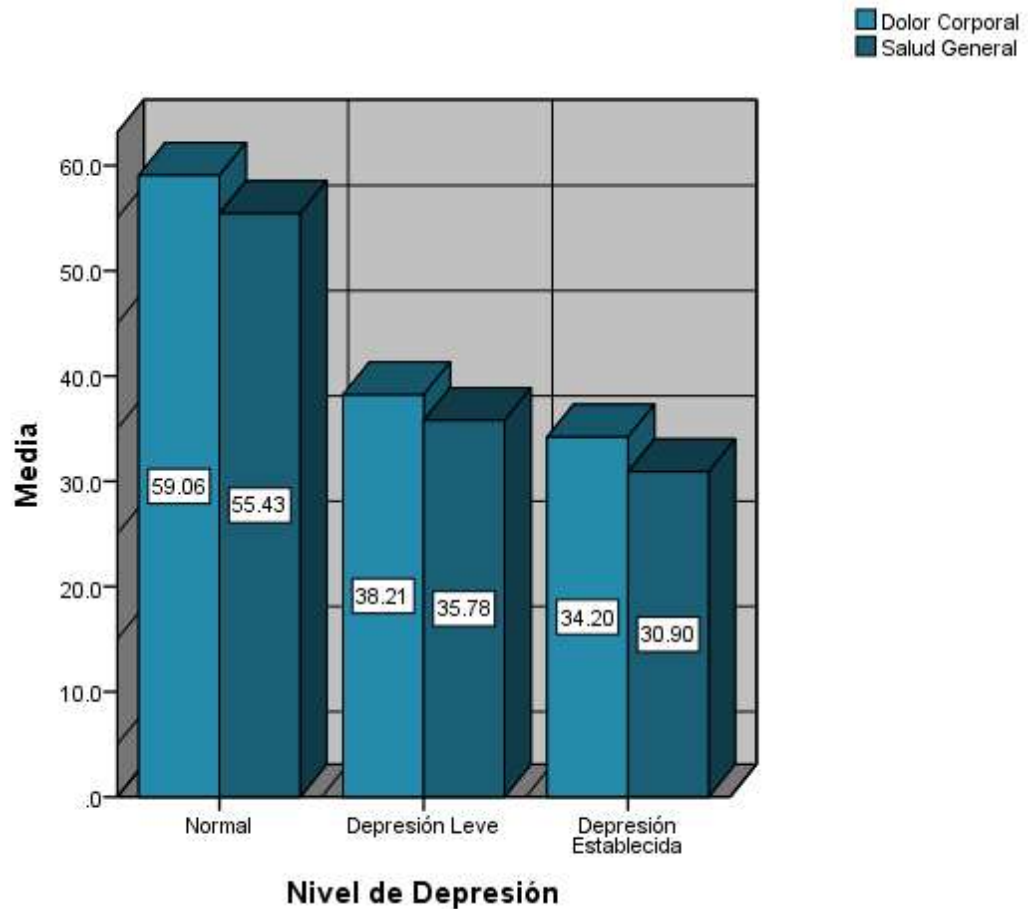
Interpretación: Los pacientes con depresión normal, leve y establecida tienden a obtener un buen funcionamiento físico, en correlación al rol físico tiene a disminuir según el nivel de depresión.

Tabla 18

Calidad de vida en relación al nivel de depresión por dimensiones a adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

3.-Dolor Corporal

4.- Salud General



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

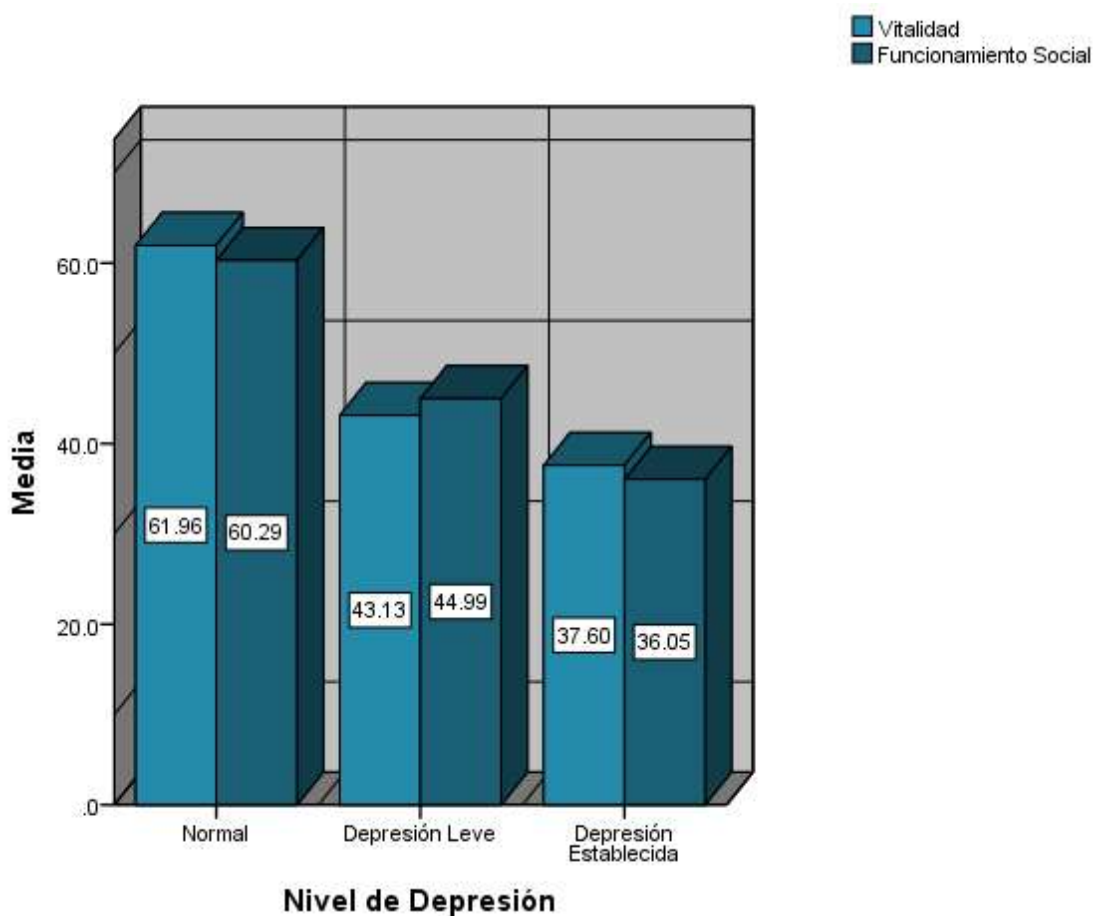
Interpretación: En cuanto al dolor corporal, los pacientes presentan un algún tipo de dolor en sus diferentes niveles de depresión, en comparación a la salud general de los usuarios tiene a ver una disminución en balance a la dimensión ya antes mencionada.

Tabla 19

Calidad de vida en relación al nivel de depresión por dimensiones a adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

5.-Vitalidad

6.-Funcionamiento Social



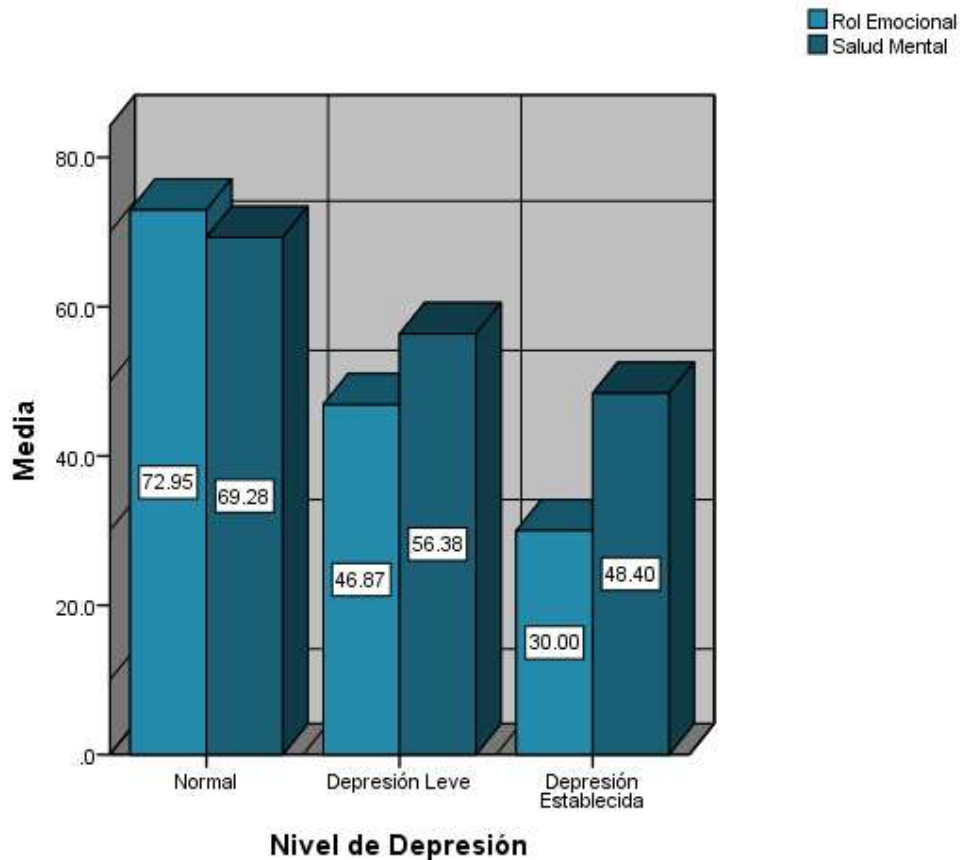
Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: Los pacientes con depresión normal aspiran a tener una buena vitalidad, en relación los otros niveles de depresión se visualiza una baja del 18.63% entre depresión normal y depresión leve, una diferencia entre depresión leve y la establecida representada por un 5.53%, en similitud al funcionamiento social tiene a disminuir según el nivel de depresión.

Tabla 20

Calidad de vida en relación al nivel de depresión por dimensiones a adultos mayores de la Ciudad de Morelia.

7.-Rol Emocional
8.-Salud Mental



Fuente: 150 cuestionarios aplicados a adultos mayores de la Ciudad de Morelia, Julio 2016.

Interpretación: Respecto al rol emocional y salud mental se observa que los pacientes con depresión normal van al alta en comparación a los otros niveles de depresión.