



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA.



**Nivel de Depresión en el Adulto Mayor de la estancia geriátrica
casa de los abuelos “Miguel Hidalgo” en Morelia, Michoacán.**

TESIS

Para obtener el grado de
Licenciatura en Enfermería

PRESENTA:

E.L.E. Gerardo López Martínez

ASESORA DE TESIS:

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

COASESORA:

Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

REVISORA:

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

I. Directivos

ME. Ana Celia Anguiano Morán

Directora de la Facultad de Enfermería

DE. Elva Rosa Valtierra Oba

Secretaria Académica

ME. Bárbara Mónica Lemus Loeza

Secretaria Administrativa

II. Mesa sinodal

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Asesora

Dra. Ma. De Jesús Ruiz Reséndiz

Coasesora

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Revisora

III. Dedicatorias

Este y cada uno de mis logros son dedicados a sobre todas las cosas:

A mi familia mi mayor bendición que Dios me dio con el que me impulsa cada día a ser mejor y seguir siempre adelante para poder ser alguien en la vida. Por su amor y apoyo incondicional que me han brindado en cualquier momento y que me han enseñado lo fuerte que se tiene que ser en la vida ante las debilidades y obstáculos que he tenido y siempre me han demostrado su apoyo para seguir siempre adelante este logro se lo dedico con todo mi amor y cariño.

A los que a pesar de la distancia y que en algún momento me brindaron su apoyo y me motivaron a siempre seguir adelante.

IV. Agradecimientos

A mi asesora de tesis la Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar por su apoyo, dedicación y esfuerzo. Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su paciencia y motivación han sido parte muy fundamental para la formación de esta investigación.

Su forma de ser, ha sido capaz de ganarse mi admiración, mi respeto y mi lealtad, así como sentirme en deuda con ella por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado esta tesis.

Agradezco también a la estancia geriátrica casa de los abuelos “Miguel Hidalgo” por todas las facilidades que me brindaron y a todos los Adulto Mayores porque sin ellos este trabajo no existiera.

V. Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo establecer el nivel de depresión en el Adulto Mayor de la estancia geriátrica casa de los abuelos Miguel Hidalgo. El estudio fue de enfoque cuantitativo, no experimental y transversal. La muestra obtenida fue por conveniencia y estuvo conformada por 40 personas adultos mayores, la recolección de datos se llevó a cabo mediante el instrumento Escala de Depresión Geriátrica (GDS por sus siglas en inglés) de Yesavage la cual consta de treinta reactivos. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versión 17 para Windows. Se realizó el análisis estadístico descriptivo para variables sociodemográficas así como tablas de frecuencias y porcentajes para los niveles de Depresión. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes fueron del sexo femenino (62.5 %), la edad más relevante fue de 62 a 72 años, y la mayoría de los participantes son viudos. La dimensión que obtuvo mayor puntaje fue a la que corresponde a la falta de energía y sentimientos de utilidad, seguida expresión somática y la dimensión con menor puntuación fue la tristeza. Se concluyó que los participantes de esta investigación padecen Depresión. Ellos consideran que no es importante llevar un control estricto de la enfermedad, consideran que la depresión no tiene un impacto en la sociedad, y en la familia.

Palabras claves: depresión, enfermería, cuidados, causas, síntomas.

VI. Abstract

The objective of this research was to establish the level of depression in the older adult of the geriatric home of Miguel Hidalgo grandparents. The study was quantitative, not experimental and transversal. The sample obtained was for convenience and was composed of 40 elderly people, the data collection was carried out using the Geriatric Depression Scale (GDS) instrument of Yesavage which consists of thirty items. The *statistical package Statistical Package for Social Science* (SPSS) version 17 for Windows was used for data analysis. The descriptive statistical analysis was performed for sociodemographic variables as well as frequency tables and percentages for Depression levels. The results showed that the majority of the participants were female (62.5%), the most relevant age was 62 to 72 years, and most of the participants are widowers. The dimension that obtained the highest score was that corresponding to the lack of energy and feelings of utility, followed by somatic expression and the dimension with the lowest score was sadness. It was concluded that the participants in this research suffer from Depression. They consider that it is not important to keep strict control of the disease, they consider that depression does not have an impact on society, and on the family.

Keywords: depression, nursing, care, causes, symptoms.

VII. Índice de tablas

No.	Descripción	No. de página
1	Tabla 1. Historia natural de la Depresión.	20
2	Tabla 2. Género de los AM (Adultos Mayores) participantes del estudio en Morelia, Michoacán.	36
3	Tabla 3. Edad de los AM participantes del estudio en Morelia, Michoacán.	37
4	Tabla 4. Religión de los AM participantes del estudio en Morelia, Michoacán.	37
5	Tabla 5. Estado civil de los AM participantes del estudio en Morelia, Michoacán.	38
6	Tabla 6. Nivel de Depresión en el AM, en Morelia, Michoacán.	40
7	Tabla 7. Las 6 Dimensiones a medir para determinar el nivel de Depresión en los AM en Morelia, Michoacán.	41

Índice

I. Introducción.....	1
Capítulo I	3
II. Antecedentes	4
III. Justificación.....	7
IV. Planteamiento del problema	9
V. Pregunta de investigación.....	10
VI. Objetivos	10
6.1. Objetivo General.	10
6.2. Objetivos Específicos.....	10
VII. Hipótesis.	10
Capítulo II	11
VIII. Marco Teórico	12
8.1 Depresión.....	12
8.2. Causas.....	13
8.3 Signos y síntomas.....	18
8.4. Adulto Mayor	21
8.5. Adulto mayor deprimido	23
Capítulo III	26
IX. Material y Métodos.....	27
9.1 Tipo de estudio.....	27
9.2 Universo	27
9.3 Muestra	27
9.4 Limites de Tiempo y espacio.....	28
9.5 Los criterios de selección de la población.....	28
9.5.1. Inclusión.....	28
9.5.2. Exclusión	28
9.6 Definición de variable.....	29
9.7 Selección de las fuentes, de métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información.....	29

9.8 Prueba Piloto.....	30
9.9 Procedimiento	31
9.10 Organización	32
9.10.1 Recursos.....	32
9.10.2 Cronograma de actividades	32
9.10.3 Presupuesto.....	32
9.10.4 Plan de difusión	32
X. Consideraciones Éticas y legales	33
Capítulo IV	35
XI. Resultados	36
XII. Discusión	42
XIII. Conclusiones	44
XIV. Sugerencias.....	45
XV. Referencias bibliográficas.....	49
XVI. Anexos.....	52
XVII. Apéndices.....	57

I. Introducción

Nuestro país cada día tiene más población de la tercera edad o más propiamente llamados, Adultos Mayores (AM), según datos estadísticos, en 1950 aproximadamente el 8% de la población mundial era mayor de 60 años, para el 2000 esta cifra se incrementó al 10%, se espera que alcance el 21% para el 2050. México no se escapa a este proceso llamado “envejecimiento global”, en el 2010 la población de AM, fue de 9.67 millones, se espera que en el 2025 sea de 18.08 millones y para el 2050 alcance el 35.96 millones, donde 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor (IMSS, 2014).

En el estado de Michoacán, según el censo del 2010, hay una población total de AM del 10.2% (INEGI, 2010) y en la ciudad de Morelia el porcentaje total, es del 9.3% (INEGI, 2010). Debido a que algunos estudios sobre la Depresión han identificado que una de las principales causas de este padecimiento son las enfermedades crónico-degenerativas y el abandono social. Considerando que esta patología afecta a las personas más vulnerables que necesitan apoyo por parte de quienes los rodean, o sea, su familia o cualquier persona que les brinde atención y compañía. se dice que al menos el 60% de la población adulta presenta algún episodio de Depresión siendo más común en ancianos que se encuentran en centros hospitalarios y en residencias geriátricas de larga estancia y con una frecuencia mayor en personas mayores de 70 años, es más frecuente en la mujer, pero más difícil de diagnosticar en el varón. De esta manera surge la necesidad, de llevar a cabo el presente estudio.

La depresión de los AM puede presentar cambios relacionados con el envejecimiento. Con frecuencia la Depresión conlleva deterioro cognitivo, condiciones que deben identificarse para la detección oportuna y prevención de daños. dicho aumento en la frecuencia de depresión del AM y a su vez este trastorno desencadenan que el AM consulte en numerosas ocasiones al médico por cuadros clínicos que en gran medida pueden ser desencadenados por el mismo estado depresivo, y muchas veces también ser la causa de que el

paciente no se encuentre bien controlado de sus patología de fondo por su mal apego al tratamiento, con este trabajo doy a conocer aspectos relevantes de la Depresión en el AM, que como principal factor de riesgo puede tener origen en una disfunción familiar, crisis del ciclo vital o incluso como se menciona en la literatura por violencia intrafamiliar o cambio en los roles que por naturaleza le tocan.

Esta investigación está estructurada con los apartados de: Introducción que nos da un panorama general del tema, Justificación que apoya a sustentar la investigación del porque y para que, o lo que se busca del tema. Planteamiento del problema se da la elaboración de posibles explicaciones o soluciones a los problemas planteados, culminando en la Pregunta de Investigación que indaga de manera más profunda sobre el tema elegido, donde se evalúan cuáles son esos vacíos investigativos. Posteriormente se plantean los Objetivos, que nos da un panorama de las metas o fines que se propone alcanzar. También se presenta la Hipótesis, que nos permite establecer relaciones entre los hechos y explicar por qué se producen. Se cuenta con un apartado de Marco Teórico, nos da el propósito de dar a la investigación un sistema coordinado y coherente de conceptos y proposiciones que permitan abordar el problema, luego la Metodología que nos da un panorama de los procedimientos y técnicas que se aplican de manera ordenada y sistemática a la investigación, último se presentan los Resultados, la Discusión y las Conclusiones que nos dan el resultado de la investigación.

Capítulo I

II. Antecedentes

A nivel nacional Nuestro país cada día tiene más población de la tercera edad o más propiamente llamados AM, donde 1 de cada 4 habitantes será considerado AM (IMSS, 2014).

En 2014, un estudio realizado por Salinas con el objetivo de identificar un punto de corte válido para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos con un tamaño de muestra fue de 229 sujetos , 63% fueron mujeres; la edad promedio fue de 71.8 años, y poco más de la mitad estaban casados o vivían en unión libre (53%).

En 2012, un estudio realizado por Sánchez cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de los síntomas depresivos con una muestra de 7 449 AM mostró que la frecuencia y distribución por rango de edad y sexo del diagnóstico de depresión, se presentan mayormente en las mujeres de 60 a 74 años de edad, los síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor se presentaron en el 13.0 %, en las de 75 a 84 años, en el 15.3% , y en las de 85 años y más, en el 22.8%. En los hombres se apreció que entre los de 60 a 74 años de edad, los síntomas clínicamente significativos de episodio de Depresión mayor se presentaron en el 8.2 %, en los de 75 a 84 años de edad, en el 10.0%, y en los de 85 años y más, en el 10.9%.

En 2014, Sandoval realizó una investigación con el objetivo de conocer el nivel de Depresión existente entre las personas mayores de 65 años pertenecientes a diferentes contextos del estado de Yucatán utilizando la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage. Se encontró que la prevalencia en la Depresión en cuanto al total de participantes fue de 23.25% en las mujeres y de 27.90% en hombres, mientras que el total de personas que presentaron Depresión en relación al total de participantes fue de 51.16%. Además, del porcentaje de personas que presentaron Depresión (51.16%), el 45.44% eran mujeres y el 54.53% fueron hombres.

En 2005, Mendoza, Ordaz y Molina realizaron un estudio en México con el objetivo determinar la prevalencia de Depresión y factores asociados en AM de 65 años hospitalizados. Fueron 310 participantes fue de 72 años y predominó el sexo femenino (58 %); se encontró demencia en 3.1 % y Depresión global en 50.3 %. El grado de Depresión más frecuente fue leve-moderada en 133 pacientes, de los cuales 74 (23.8 %) tuvieron entre 11 y 14 puntos en la escala de Yesavage y 59 (19.0 %), entre 15 y 19 puntos; 23 pacientes tuvieron 20 puntos o más.

En 2007, un estudio realizado por Urbina con el objetivos de estimar la prevalencia de los síntomas depresivos en personas mayores de 64 años y analizar su asociación con variables sociodemográficas. Participaron en el estudio 417 personas AM. La muestra obtenida no presentó diferencias significativas respecto a la población en cuanto a las variables de edad, sexo y ámbito de residencia.

Se observó un mayor número significativo de mujeres un 51,4% pero sí de residentes en el medio rural 56,7%, que además eran de mayor edad el 67,2% de los que tenían más de 80 años vivían en el medio rural. La mayoría de la población un 47,2% tenía edades comprendidas entre 70 y 80 años, y los mayores de 85 representaban un 12,7% de la población. La prevalencia de síntomas depresivos fue del 19,7%, y un 5,6% tuvieron una puntuación mayor de Depresión estable. El 5% de los sujetos tenían diagnóstico de Depresión confirmada por el especialista de área.

La prevalencia de síntomas depresivos fue mayor en el medio rural y en las personas de más edad. También se observó mayor frecuencia en personas que tenían comorbilidad, riesgo social, deterioro cognitivo y discapacidad. En las enfermedades que se registraron como incapacitantes, las personas con déficit visual y con antecedentes de accidente cerebrovascular con secuelas tenían también prevalencias más altas de síntomas depresivos.

La Depresión en el AM es un trastorno mental que se presenta a toda población a una cierta edad a nivel internacional se presenta en sus inicios más para las

personas de raza blanca, negros e hispanos y en todos los grupos etarios. Al igual que el género, la raza aparentemente juega un papel importante en la prevalencia de depresión, es así que un estudio en EE.UU. Reveló, que la prevalencia de vida para episodio depresivo fue, en gente de raza blanca, en los negros caribeños, y en los afroamericanos; sin embargo, la Depresión mayor era más crónica y se asociaba a mayor deterioro funcional, tanto en los afroamericanos y los negros del Caribe, en comparación con los blancos. Las edades de inicio del desorden depresivo mayor, encontrando que la mayoría de casos se presentaban en la cuarta década de la vida y que el sexo femenino, historia previa de abuso de alcohol, drogas, o ataques de pánico incrementaban el riesgo de inicio de esta enfermedad a edades más tempranas.

En el estado de Michoacán, según el censo en la ciudad de Morelia. Que algunos estudios sobre la Depresión han identificado que una de las principales causas de este padecimiento son las enfermedades crónicas degenerativas y el abandono social considerando que esta patología afecta a las personas más vulnerables.

III. Justificación

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; predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13 % por año. Se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas de suicidio.

Considerando que la Depresión se ha convertido en una pandemia, cada año, miles de personas, sin importar su estatus, nacionalidad, edad o condición social se deprimen. Incluso, se estima que la cuarta parte de la población mundial puede estar pasando o pasará alguna vez por un cuadro depresivo y es necesario actuar a tiempo. No importa la renuencia del enfermo: la obligación de las personas que lo cuidan es consultar cuando ven cambios drásticos en el ánimo y el comportamiento del anciano J. Domínguez, (2012).

Por eso, es recomendable vigilar y buscar ayuda ante el comportamiento en el AM en los últimos días, semanas o meses. Por lo tanto, es importante se observen no sólo los cambios físicos y de comportamiento por los que está pasando, sino también los problemas por los que el adulto se queja constantemente.

La Depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino, se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida. Para el médico familiar el diagnóstico, tratamiento y en especial la prevención de la Depresión nos parece que es de capital importancia en este trabajo se presentan elementos esenciales para el manejo de esta enfermedad a través de una revisión bibliográfica dirigida a las necesidades que se presentan en el primer nivel de atención.

El envejecimiento puede afectar de forma variable la cognición, la memoria, la inteligencia, la personalidad y la conducta. Sin embargo, muchos cambios en la

salud mental son difíciles de atribuir al envejecimiento en sí y a menudo son resultado de la enfermedad. Las disminuciones en la capacidad mental o en el rendimiento (como la cognición, o la conducta) que se consideran relacionadas con la edad se deben a veces a problemas tratables, la rápida disminución de la cognición casi siempre se debe a una enfermedad.

Depresión, sobre todo ideas delirantes de enfermedad o sentimientos de culpa sobre algunas acciones, pensamientos o acontecimientos ya pasados. En la depresión psicótica es más prevalente a una edad avanzada que a la mitad de la vida, los síntomas psicóticos son similares entre los ancianos y los pacientes jóvenes, aunque en el adulto mayor suele tener más síntomas y es menos probable que experimente auto reproches y culpa I. Sotelo; et al (2012:9).

Está demostrado que algunas circunstancias psicológicas influyen en la conducta de los ancianos, así, en su bienestar y confort y en la forma de manifestarse en muchos actos de la vida diaria influye la territorialidad o espacio personal de que disponen, tanto si están en familia, en una residencia u hospital, planteando unas necesidades de espacio e intimidad mínimas para desenvolverse como persona con cierta libertad o discreta autonomía.

Aunado a lo anterior, la depresión en el adulto mayor tiende a presentarse con más características melancólicas y en general parece ser más severa en los adultos mayores. Probablemente esto se deba a la tendencia que tienen los ancianos a aceptar los síntomas depresivos como “normales” y a la menor propensión a tener afecto triste Instituto Mexicano del Seguro Social (2014).

IV. Planteamiento del problema

En la estancia geriátrica “Miguel Hidalgo”, la depresión en AM es una condición de alta prevalencia que afecta múltiples esferas de la vida y tiene el potencial de generar o favorecer eventos adversos tales como la comorbilidad, suicidio, disminución de las funciones físicas, cognitivas y sociales, así como una mayor auto negligencia, todo lo cual, a su vez, incrementa el riesgo de mortalidad.

La Depresión es una enfermedad que está relacionada con una disminución del neurotransmisor que regula las emociones de bienestar y el sueño; provocan un cambio en su energía, y se ve reflejado en una serie de alteraciones en las que dominan los sentimientos de tristeza y baja de la voluntad.

Una es la pérdida de su vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de sus funciones y capacidades. Otras son las pérdidas que va teniendo a su alrededor de figuras significativas e importantes, como puede ser: gente de su edad, de su pareja, la separación de los hijos y las familias, así como pérdidas laborales. También repercute el inicio de una serie de enfermedades crónicas degenerativas que con la edad empiezan a llegar A. Salinas; et al (2014:52).

El diagnóstico de la depresión se basa en la evaluación clínica, por esta razón se han propuesto diversas pruebas de tamizaje que faciliten la identificación de sujetos en riesgo de presentar Depresión, y que sean útiles para la implementación de acciones especializadas y la rápida mitigación de los desenlaces adversos asociados en esta población Instituto Mexicano del Seguro Social (2014).

V. Pregunta de investigación

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de Depresión en el AM de la estancia geriátrica casa de los abuelos Miguel Hidalgo?

VI. Objetivos

6.1. Objetivo General.

Establecer el nivel de Depresión en el AM de la estancia geriátrica casa de los abuelos Miguel Hidalgo.

6.2. Objetivos Específicos.

- Identificar las variables sociodemográficas de la población de estudio.
- Identificación del nivel que tienen los AM de Depresión.
- Relacionar las variables sociodemográficas con el nivel de Depresión.

VII. Hipótesis.

Existe alto nivel de Depresión en los AM de la estancia geriátrica Casa de los Abuelos “Miguel Hidalgo” de Morelia Mich; México.

Capítulo II

VIII. Marco Teórico

En este apartado, se abordarán los conceptos, las definiciones y clasificaciones de las variables que este trabajo abarca. Iniciaremos describiendo teóricamente la Depresión, posteriormente se aborda las características de la población.

8.1 Depresión

La Depresión es una enfermedad recurrente, frecuentemente crónica y que requiere un tratamiento a largo plazo. El término “Depresión” surgió a mediados del siglo XIX, para referirse a una alteración primaria de las emociones cuyos rasgos más sobresalientes reflejaban menoscabo, inhibición y deterioro funcional A. Botto: et al (2014).

La Depresión es una enfermedad común, prevalente en los AM, con alta tasa de suicidios, que no es parte necesaria del envejecimiento y cuyos síntomas en esta etapa de la vida suelen pasar desapercibidos. El tratamiento y fundamentalmente el control evolutivo se debe llevar a cabo en una relación de referencia y contra referencia entre el médico de familia y el siquiatra tratante.

Los AM que desarrollan este tipo de trastornos psiquiátricos, tienen determinadas características a ser tenidas en cuenta: antecedentes depresivos previos, enfermedad médica incapacitante, sobre todo aquellas que implican un cambio brusco respecto al nivel previo, enfermedad dolorosa, pérdida reciente de cónyuge, cambio de domicilio habitual e ingreso a residencias para ancianos. La predisposición al suicidio es mayor en: varones, que además de lo mencionado viven solos, son portadores de enfermedad depresiva grave, insomnio persistente, inquietud sicomotora importante, enfermedad médica grave, dolorosa, incapacitante, que perdieron recientemente al cónyuge, que están institucionalizados o con dependencia de cuidados de terceros C. Casanova: et al (2009).

La Depresión según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La Depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 2014), a lo que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dice que se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida y apoyada psicológica y socialmente. En el AM según la Norma Oficial Mexicana (NOM) 031, es toda persona que cuente con 60 años o más de edad (NOM-031, 2012), que en comparación con la definición de la OMS nos dice que toda persona de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevo. La NOM-167 menciona que la casa hogar para AM es un establecimiento de asistencia social donde se proporciona a AM atención integral mediante servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas. (Véase Tabla 1).

8.2. Causas

Con el aumento de los AM en el mundo se espera una mayor incidencia de múltiples enfermedades crónicas, entre las que se incluye la Depresión (México). Es probable que la Depresión constituya la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez. El ánimo depresivo no forma parte del envejecimiento normal y su presencia suele subestimarse. Si bien la prevalencia de la Depresión en el AM se calcula entre 1 y 3% cuando se aplican los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), la de los

síntomas depresivos es mucho mayor y se ubica entre 10 y 50 %. (NOM-167, 1999).

Los trastornos depresivos afectan al 10% de los AM que viven en la comunidad, entre el 10 y 20% de los hospitalizados, del 15 y el 35 % de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades. La Depresión puede estar presente en las etapas iniciales de la demencia, con una incidencia entre 13 y el 21% (IMSS 2010).

En un estudio realizado en enero del 2005, por Belló M., et. al., cuyo artículo es titulado “Prevalencia y diagnóstico de Depresión en población adulta en México” teniendo como objetivo presentar las estimaciones de prevalencia de Depresión, así como el porcentaje de individuos que han sido médicamente diagnosticados en México, en el cual, el número total de hogares encuestados fue de 38 700, se determinó que 4.5 % de la población mexicana padece algún nivel de Depresión, del cual 9.5 % de mujeres son mayores de 60 años y en los hombres el 5 % son AM, se determinó que influye la edad aumentando la probabilidad de padecer Depresión y disminuye con el aumento de escolaridad, también se identificó que en hombres aumenta más el riesgo en áreas rurales que en zonas urbanas (Rev. SP, 2005), se concuerda con la investigación realizada en el año 2005, en la cual el artículo lleva el título de “Prevalencia de Depresión y factores de riesgo en el AM hospitalizado”.

Se encontró que el 50% de Depresión en AM hospitalizados donde existe asociación entre Depresión y edad mayor de 80 años con 71.42% y Depresión sexo femenino con 59.11%, (IMSS 2005) coincidiendo con otro estudio realizado por el Dr. Castro M., et. al. , cuyo artículo es titulado “Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor” en el cual el objetivo fue determinar los factores de riesgo que se asocian con la Depresión del AM, se encontró que el 41.7% (213 sujetos), de una muestra de 511 sujetos , presentan Depresión (Rev. Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, 2006). Llegándose a la conclusión de que en México es alto el índice de Depresión en AM, siendo más susceptible.

En nuestro país no se cuenta con programas de desarrollo para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Depresión en el AM ya sea hospitalizado o en zonas urbanas o rurales, teniendo en cuenta el gran número de limitantes como es el nivel educativo, las condiciones socioeconómicas, la situación demográfica, las enfermedades crónicas degenerativas, por mencionar algunas, ya que no es prioridad para el gobierno nacional brindar atención al gran número de personas vulnerables a este padecimiento, dándole prioridad a las primeras 5 causas de morbilidad, como son las enfermedades crónico degenerativas, enfermedades cardiovasculares, cáncer, morbilidad materna y accidentes automovilísticos.

La dependencia en las actividades diarias y la discapacidad son factores que se asocian con Depresión y están en estrecha relación con las enfermedades crónicas. Se menciona que cuando la discapacidad y la dependencia suceden en etapas más tempranas de la vida, se asocian más con Depresión. Por otra parte, las personas que viven solas o con personas no cercanas al núcleo familiar (sobrinos, ahijados, etcétera) se deprimen más que quienes cuentan con apoyo familiar más cercano. Esta situación pudiera explicarse porque la soledad y la falta de convivencia social y familiar en personas mayores que dependen económicamente de otros individuos, aunadas a la discapacidad y a enfermedades crónicas, alteran en forma importante la esfera psicosocial, con sentimientos de inutilidad y desánimo A. Mendoza; et al (2007:22).

Se dice aproximadamente en 60 % de los pacientes la Depresión coexiste con ansiedad. En el AM puede confundirse con enfermedades como hipotiroidismo y deficiencia vitamínica (de ácido fólico y vitamina B12). Hay enfermedades que se asocian con Depresión, como hipotiroidismo, infarto del miocardio, diabetes, Alzheimer y enfermedad vascular cerebral.

En la actualidad los aspectos sociales son muy importantes en la etiología de la Depresión en los AM, quienes generalmente están pensionados o dependen económicamente de otros familiares como hijos, nietos, sobrinos, por lo que además de tratamiento farmacológico requieren psicoterapia.

Dada la mayor esperanza de vida, el incremento de enfermedades crónicas degenerativas y el impacto negativo que la Depresión tiene sobre la evolución de las enfermedades, consideramos importante determinar la prevalencia de Depresión y los factores asociados en el paciente AM S. Aguilar. & J. Ávila: (2007:142-145).

La prevalencia de la Depresión del anciano es diferente según la metodología y la población de referencia utilizada. Los estudios que consideran la presencia de sintomatología depresiva reportan una prevalencia más elevada que aquellos que usan los criterios clínicos definitivos. Cuando se aplican los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, la prevalencia es del 1 al 3%, pero cuando son utilizados los instrumentos de tamizaje especialmente desarrollados para los ancianos, es muy superior. Por lo tanto, se calcula que la prevalencia de síntomas depresivos se sitúa entre el 10 y 27% de los AM en la comunidad. No es claro si este fenómeno se debe a la cronicidad de la enfermedad o a una elevada incidencia verdadera en esta población. Aunque la frecuencia parece ser la misma entre los distintos grupos de edad, en relación con el género, las mujeres están más afectadas.

Es por ello que esta patología depresiva en el paciente anciano presenta una prevalencia e incidencia elevadas, representando una importante carga de malestar para el paciente, para la familia y para las instituciones en donde reside. Las características con las que se presenta la enfermedad en este grupo de edad, hacen que se diagnostique poco y se trate menos. Estudios longitudinales han comprobado que la presencia de síntomas depresivos en ancianos se asocia con un mayor número de visitas al médico, de uso de fármacos, de utilización de servicios de urgencias y de costes globales como pacientes ambulatorios, son tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, peor pronóstico para un pronto restablecimiento, y mayor utilización de los servicios hospitalarios. La Depresión del AM se asocia a pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis, y mala autopercepción de la salud. Los mecanismos de estas asociaciones no son claros, aunque, por ejemplo, es

conocida la relación entre las emociones y la progresión de las enfermedades autoinmunes IMSS (2014).

La fragilidad es un estado de vulnerabilidad en el que los ancianos parecen incapaces de resistir a las agresiones externas, tales como cambios del medio ambiente, infecciones o alguna cirugía. Dichas agresiones pueden provocar una caída en espiral del estado general del individuo y meterlo en un círculo vicioso del cual, al AM, le es difícil salir y lograr su restablecimiento y el regreso a su estado de salud anterior.

La Depresión por lo tanto está asociada a la definición de fragilidad propuesta por Fried y colaboradores, la cual define la fragilidad como un síndrome biológico, producto de la disminución de la homeostasis y de la resistencia frente al estrés que, además, incrementa la vulnerabilidad y el riesgo de resultados negativos como son la progresión de una enfermedad, las caídas, la discapacidad o la muerte prematura. El agotamiento, la pérdida de peso, el enlentecimiento y la disminución de las actividades son características tanto de la Depresión del AM como de la fragilidad.

Una de las causas de la Depresión del AM es la pérdida de su vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de sus funciones y capacidades. Otras son las pérdidas que va teniendo a su alrededor de figuras significativas e importantes, como puede ser: gente de su edad, de su pareja, la separación de los hijos y las familias, así como pérdidas laborales. También repercute el inicio de una serie de enfermedades crónicas degenerativas que con la edad empiezan a llegar. La merma económica puede ser factor predisponente para una Depresión; no es lo mismo que sea trabajador en activo a que tenga alguna limitante, como una pensión o que incluso no tenga ninguna entrada económica.

El personal sanitario de Atención Primaria (enfermeros/as como tanto médicos/as) se encuentran situados en el nivel de atención, relación y accesibilidad idónea para establecer con mayor facilidad el estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como cognitivo, pudiendo favorecer el diagnóstico precoz de los trastornos depresivos.

8.3 Signos y síntomas

La Depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

Según el IMSS (2014) existe una diversidad de señales que pueden identificar una Depresión, tales como: buscar a personas con las que estaba distanciado, la suspensión de tratamientos médicos, menos socialización, carácter irritable, indiferencia ante situaciones que habitualmente disfrutaba o le afectaban, llorar frecuentemente, además de dormir más y comer menos.

La sintomatología clásica de la Depresión del AM afecta las siguientes dimensiones:

- La dimensión afectiva: llanto, tristeza, apatía.
- La dimensión cognoscitiva: desesperanza, negligencia, idea suicida, culpabilidad.
- La dimensión somática: cambio de energía, del apetito, del sueño, de la evacuación intestinal y de la libido S. Aguilar & J. Ávila: et al (2007:142-145).

En la Depresión del anciano, los síntomas somáticos tales como la fatiga, el insomnio y la constipación son predominantes, pero son síntomas con poca especificidad porque muchos AM, sin Depresión, los pueden presentar; debido a este fenómeno, menos del 10% de los ancianos son diagnosticados como deprimidos en una revisión médica inicial.

La ansiedad y la somatización son, sin embargo, los síntomas dominantes. Las visitas médicas repetidas sin motivos claros o la falta de objetividad en las patologías físicas son datos útiles para establecer la presencia de Depresión. Son muchos factores los que se conjugan para hacer que aumente la prevalencia de Depresión en la tercera edad, pero lo que se recomienda, en general, es una vida saludable, en el sentido de mantenerse activo física e intelectualmente, relacionarse con los demás, tener una alimentación equilibrada, no beber alcohol,

y mantener bajo control las enfermedades físicas asociadas crónicas (hipertensión, diabetes, etc.). Una buena dieta y ejercicio probablemente limitarán o disminuirán las probabilidades de tener depresión. No es normal que los ancianos se depriman; por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas. La Depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario al anciano y a su familia L. Sandoval: Et al (2014: 961).

En relación con las manifestaciones de los episodios depresivos típicos del enfermos se encuentran: un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, la disminución de la atención y concentración, la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves), una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, los trastornos del sueño y la pérdida del apetito . Se da con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres (Dowd, 2004, p. 538).

Tabla 1.

Historia natural de la Depresión

PERIODO PREPATOGÉNICO	PERIODO PATAGÉNICO				
AGENTE: desconocido condición del cerebro. CAUSAS: genes, psicológicas. HUSPED: edades de entre 60 a 100 mayoría mujeres(Depresión en el AM) menor incidencias en hombres.(genes y hormonas pueden estar vinculadas)	Etapla primaria Exposición a cambios psicológicos postraumáticos acompañados de cambios de conducta	Etapla secundaria Pueden aparecer diferentes síntomas acompañados de ira, tristeza, perdida de interés de energía, e ideas de muerte o suicidio.	Etapla terciaria Independientemente de que se lleve un Dx fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación de actividades habituales del paciente o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral) se consideran adecuadas a instauración de un tratamiento.	Etapla terminal Deficiente ayuda para superar la Depresión y esta desencadena la bipolaridad o esquizofrenia causando un desequilibrio y llevando a un intento de suicidio.	Muerte
PREVENCIÓN PRIMARIA.		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCIARIA ETAPA TERMINAL	
PROMOCIÓN Y FOMENTO	PROTECCIÓN ESPECIFICA	DX. PRECOZ Y TX. OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN	
Educar a la población a identificar signos y síntomas de la Depresión en su familia para el tratamiento y diagnóstico oportuno.	Identificar tendencias depresivas en niños y adolescentes, así como evitar cambios de conducta o eventos traumáticos	No hay un examen de laboratorio que pueda diagnosticarla. Evaluación psicológica e integral con psiquiatría, tratamiento antidepresivo y terapias.	Dx. precoz. Tx. Oportuno.	Terapia. Grupos de ayuda.	

Nota: Elaboración propia

8.4. Adulto Mayor

El AM ha sido definido cronológica y funcionalmente. Los científicos sociales especializados en el estudio del envejecimiento describen, cronológicamente, tres grupos de AM: "viejo joven", "viejo viejo" y El primer grupo está entre 60 y 74 años, siendo por lo general activos, vitales y vigorosos; el segundo de 75 a 84 años; ambos grupos constituyen la tercera edad; mientras que el tercer grupo, de 85 años en adelante, comprende la cuarta edad; es muy probable que se sientan débiles, presenten enfermedades discapacitantes que le dificulten la realización de las actividades de la vida diaria.

Tomando como base la edad funcional, es decir, qué tan bien se desempeña una persona en su entorno físico y social en comparación con otras personas de la misma edad cronológica, un adulto mayor de edad avanzada, de 90 años, con buena salud puede ser funcionalmente más joven que un viejo joven de 65 años que no tiene buena salud y presenta una serie de limitaciones para participar en su propio autocuidado, en la vida familiar y social.

En vista de las opiniones tan variadas sobre la edad del adulto mayor, se hace referencia a la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), quien ha presentado varias iniciativas en beneficio de las personas mayores, tales como la aprobación del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento en el año 1982, el asentimiento de los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas mayores y la designación del 1º de octubre de cada año como "Día Internacional de los AM"; cuando se designó el año 1999 como "Año Internacional del AM", en el Decreto 811 de la mencionada organización quedó establecida la sustitución de expresiones como: anciano, viejo, senil, por la de adulto mayor en la mayoría de los países del mundo. Dicha designación debe aparecer en los textos, publicaciones y otros medios de divulgación, así como en las actuaciones oficiales para denominar a las personas mayores de 60 años y más.

el AM no constituye un grupo homogéneo, al contrario, es un grupo poblacional que presenta una gran diversidad en cuanto a necesidades y características en función de la edad, el género, el estado civil, el estado socioeconómico, la localización geográfica; no puede ser catalogado bajo una misma etiqueta de personas dependientes, inactivas, aisladas R. Fernández & F. Manrique; et al (2010-19).

‘Calidad de vida del AM’, según Velandia (1994) es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”. Krzeimen (2001) sostiene también que la calidad de vida del AM se da en la “medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del AM”.

La caída, definida como cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad, es un problema frecuente en las edades extremas de la vida. Las consecuencias en el caso del AM pueden llegar a ser importantes, provocando en muchos casos, distintos grados de deterioro funcional, el llamado "Síndrome post caída", hospitalizaciones y muerte prematura, especialmente a través de las fracturas. La caída puede ser además, un marcador o signo de otros problemas de salud y/o el anuncio de una nueva o más grave caída en un futuro próximo M. Vera; et al (2013, pp, 284-290).

8.5. Adulto mayor deprimido

El AM deprimido tiene constantemente sentimientos profundos de tristeza, desmotivación y baja autoestima. Tiene síntomas físicos y psicológicos muy claros, como falta de apetito o comer en exceso, dormir mucho o no dormir, tristeza constante, llanto fácil, entre otros J. Domínguez: et al (2012).

Esta enfermedad es probablemente la principal causa de sufrimiento del anciano y de la considerable disminución de su calidad de vida. La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la Depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”. En contraste con la tristeza normal, la Depresión mayor tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo.

La Depresión mayor tiene un efecto sistémico y los ancianos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos S. Aguilar & J Ávila: et al (2007:142-145).

Estudios previos han demostrado que la Depresión es subdiagnosticada en los ancianos, especialmente en el primer nivel de atención médica. Diversos factores se han asociado con la falta de diagnóstico como serían las manifestaciones atípicas de la enfermedad, la confusión con síntomas de enfermedades crónicas, el deterioro cognoscitivo, el sexo y la pertenencia a grupos étnicos, factores culturales que evitan que se perciba como una necesidad de atención médica tanto por parte de los pacientes, como de sus familiares, así como las deficiencias en el diagnóstico y tratamiento por parte de los prestadores de servicios médicos. En este sentido resulta fundamental el empleo de escalas de tamizaje para identificar posibles casos e iniciar el tratamiento de manera más oportuna S. Sánchez & T. Juárez: et al (2012).

Es un trastorno del estado del ánimo generalmente melancólico, con duración mayor a dos semanas, acompañado de síntomas anímicos (tristeza, irritabilidad,

anhedonia), síntomas somáticos (disminución de peso, insomnio o hipersomnias, fatiga, alteraciones sexuales), síntomas del pensamiento (visión negativista, ideas de inutilidad y culpa, Depresión delirante) y síntomas conductuales (disminución en la concentración y la atención, memoria, actividad psicomotriz, descuido del aseo). Aunque un porcentaje de pacientes ancianos padece de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de Depresión mayor o distimia, algunos autores lo clasifican como “depresiones subclínicas”; siendo tratados en muchos casos como episodios depresivos. En general, los síntomas somáticos y físicos es la presentación clínica más frecuente en el paciente anciano en comparación con la población adulta joven donde imperan los síntomas psíquicos. Muchos ancianos y familiares no informan sobre los síntomas depresivos dado que los atribuyen al mismo proceso de envejecimiento o procesos de salud que padecen. Todos estos factores asociados a trastornos cognitivos pueden dificultar al clínico sobre el diagnóstico de esta patología. La persona anciana con depresión puede presentarse como poli consultante, con múltiples síntomas somáticos, dolencias médicas nuevas o exacerbaciones de síntomas cardiopulmonares, gastrointestinales, dolores articulares, deterioro funcional, fatiga, insomnio, alteraciones del apetito, entre otros. Estudios enmarcan la alta prevalencia que existe en desarrollar depresión psicótica en AM deprimido en comparación con adultos jóvenes.

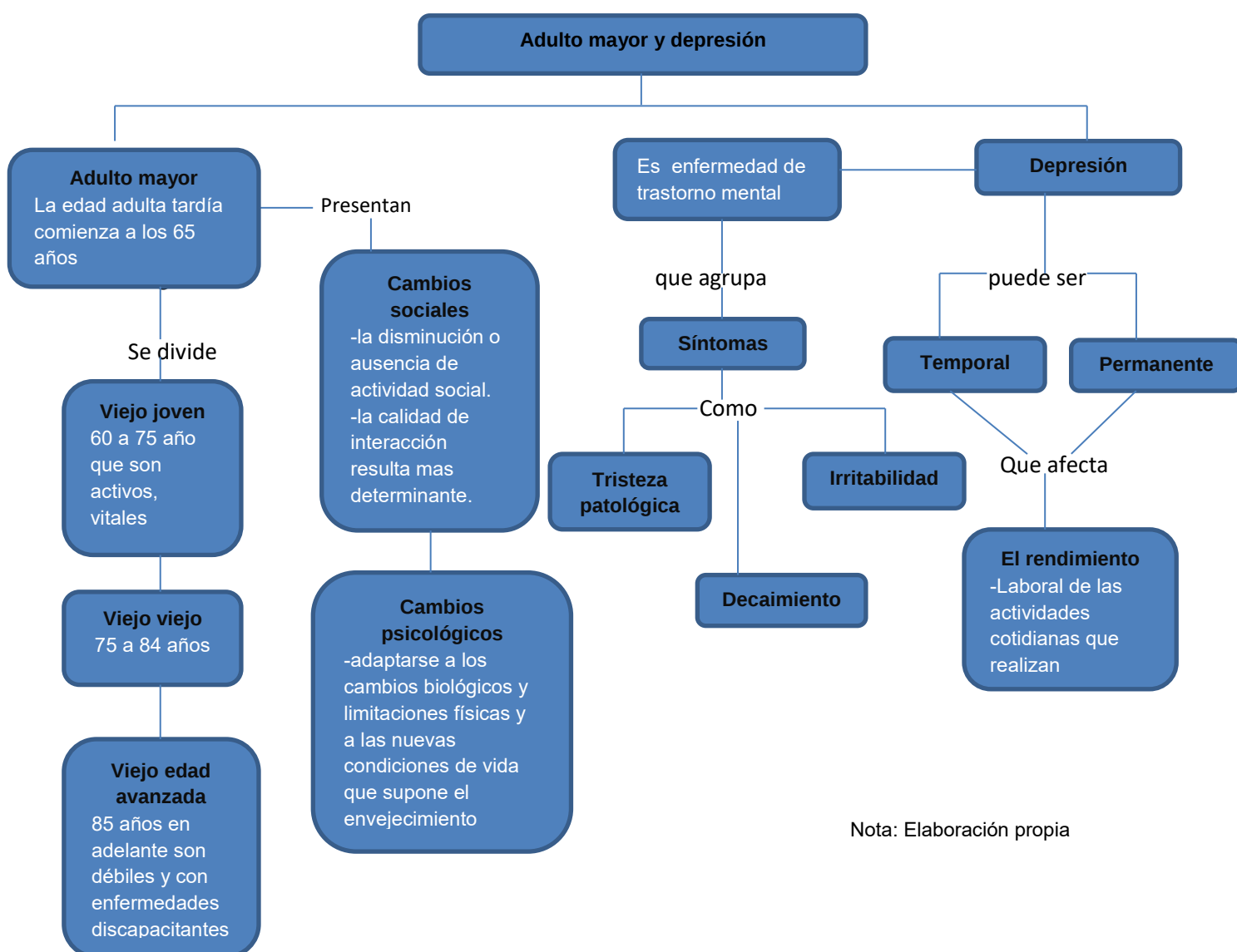
El diagnóstico de Depresión es fundamentalmente clínico, y si bien se pueden seguir criterios diagnósticos, en la valoración del adulto mayor con Depresión se utilizan escalas con la finalidad de medir la intensidad de la Depresión y monitorizar la respuesta terapéutica. Las escalas más utilizadas es la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. El curso de la enfermedad en el anciano es la tendencia a la cronicidad, donde múltiples estudios demuestran mayor riesgo a deterioro funcional, un mayor riesgo a suicidio y a mortalidad. (Véase Tabla1)

En el manejo del anciano deprimido incluyen una valoración integral de factores como la comorbilidad, polifarmacia y/o factores psicosociales que favorecen la aparición de Depresión; así como la instauración de psicoterapia y posible manejo

farmacológicos con antidepresivos. La Depresión es un gran síndrome geriátrico, dado por su alta prevalencia e incidencia en el AM, además por su capacidad de producir limitación funcional, exigiendo por parte del clínico un amplio conocimiento del tema para realizar diagnósticos tempranos, así como, poder identificar los posibles factores que riesgos asociados que pueden ocasionar esta enfermedad J. Chavarría: (2015).

Figura 1.

Relación del adulto mayor y depresión.



Nota: Elaboración propia

Capítulo III

IX. Material y Métodos

9.1 Tipo de estudio

El presente estudio fué de enfoque cuantitativo, no experimental con diseño transversal.

Cuantitativo porque utilicé datos numéricos para la recolección y análisis de los datos del instrumento de investigación.

No experimental porque se realizó sin manipular ninguna variable y los habitantes de dicha estancia serán observados en su ambiente natural.

Con diseño transversal porque lo realicé en corto tiempo y es evaluado en forma estacionaria las variables para obtener resultados.

9.2 Universo

El universo estuvo conformado por 40 AM residentes de la casa de los abuelos "Miguel Hidalgo"; 25 mujeres y 15 hombres, con diferentes patologías crónicas y diferente nivel de abandono social, se recabaron datos como la edad, género, estado civil, enfermedad, religión, ingreso económico y lugar de procedencia, mediante una entrevista con el instrumento validado de la Escala Geriátrica de Yesavage que mide nivel de Depresión.

9.3 Muestra

La muestra es de tipo no aleatoria y se realizó con 40 AM de 62 a 94 años en la ciudad de Morelia Michoacán de la estancia geriátrica casa de los abuelos "Miguel Hidalgo" de los cuales 15 son hombres y 25 mujeres.

9.4 Limites de Tiempo y espacio

Esta investigación se llevó a cabo en la ciudad de Morelia Michoacán en la estancia geriátrica casa de los abuelos "Miguel Hidalgo" que forma parte del DIF municipal (Desarrollo Integral de la Familia). El tiempo destinado al proyecto será durante el mes de marzo del año en curso y hasta el mes de Mayo con la culminación del proyecto.

9.5 Los criterios de selección de la población

9.5.1. Inclusión

- Hombres y mujeres mayores de 60 años.
- Que sean residentes de la estancia geriátrica casa de los abuelos "Miguel Hidalgo".
- Que acepten participar en el estudio

9.5.2. Exclusión

- Menores de 60 años.
- Personas que no pertenezcan la estancia geriátrica.
- Personas que su condición (física o mental) impida el llenado del Instrumento.
- Personas que no desean participar.
- Instrumentos incompletos

9.6 Definición de variable

Las variables sociodemográficas a medir son los siguientes: edad, sexo, religión y estado civil de los participantes. Se utilizó el paquete estadístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versión 17 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva para variables sociodemográficas y estadística inferencial para comprobar hipótesis.

9.7 Selección de las fuentes, de métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información

El instrumento que se utilizó para medir el nivel de Depresión en las personas mayores de 62 años fue la Escala de Depresión Geriátrica (GDS por sus siglas en inglés) de Yesavage la cual consta de treinta reactivos en los que los participantes deben responder sí o no.

Las preguntas se conformadas de la siguiente manera:

Está satisfecho con su vida	Se siente a menudo triste
Ha renunciado a muchas de sus actividades	Se siente usted inútil
Siente que su vida está vacía	Se preocupa mucho sobre el pasado
Se encuentra a menudo aburrido	Cree que la vida es muy interesante
Tiene usted mucha fe en el futuro	Le cuesta iniciar nuevos proyectos
Tiene pensamientos que le molestan	Se siente lleno de energía
Está la mayor parte del tiempo de buen humor	Se siente usted sin esperanza
Teme que le pase algo malo	Cree que los demás tienen más suerte que usted
Se siente feliz muchas veces	Se siente usted muy nervioso por cosas pequeñas
Se siente a menudo impotente	Siente a menudo ganas de llorar
Se siente a menudo intranquilo	Es difícil para usted concentrarse
Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir	Está contento de levantarse por la mañana
Se preocupa usted a menudo sobre el futuro	Prefiere evitar grupos de gente
Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás	Es fácil para usted tomar decisiones
Cree que es maravilloso estar viviendo	Está su mente tan clara como antes

La escala marca los siguientes niveles:

0-10 – normal

11-15- depresión leve

> 15-depresión establecida

Las dimensiones con las que cuenta el instrumentó son 6 niveles

El primer factor está conformado por (7 reactivos), cinco de ellos reflejando la expresión sintomática (tendientes a medir agitación o tensión). El segundo factor está conformado por (6 reactivos) tendientes a medir tristeza. El tercer factor agrupó (3 reactivos) que reflejan falta de energía y retraimiento social. El cuarto factor agrupó (4 reactivos) tendientes a medir humor positivo. El quinto factor se conformó por (5 reactivos) medir retraimiento social, tristeza y percepción de cambios cognitivos. Por último, el sexto factor agrupó a (4 reactivos) tendientes a medir falta de energía y sentimientos de utilidad. (Véase anexo 1).

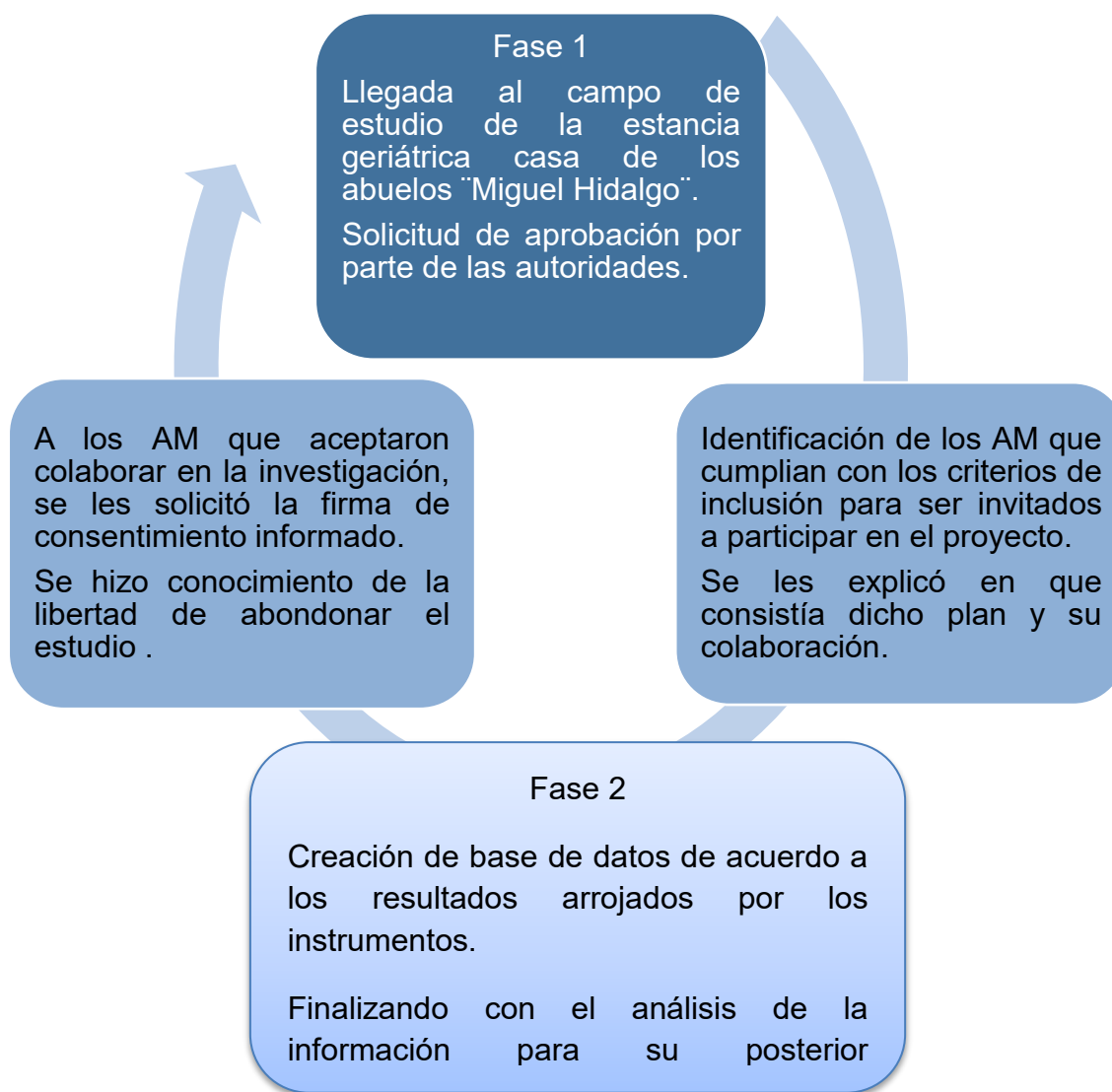
9.8 Prueba Piloto

Antes de realizar la recolección de datos propiamente dicha investigación se llevó a cabo la prueba piloto, encuestando a 15 personas que tuvieran las mismas características de la población en estudio. El piloteo se llevó a cabo en la ciudad de Morelia, Michoacán a la población de AM.

9.9 Procedimiento

Figura 2.

Procedimiento del Proyecto para identificar el nivel de Depresión en el AM.



Nota: Elaboración propia

9.10 Organización

9.10.1 Recursos

En los recurso se encuentra el E.L.E. Gerardo López Martínez y a los AM encuestados de la estancia geriátrica casa de los abuelos "Miguel Hidalgo" de la ciudad de Morelia Michoacán.

9.10.2 Cronograma de actividades

Véase apéndice 1

9.10.3 Presupuesto

Dentro de los materiales que se utilizó para la elaboración de este trabajo de investigación se encuentran los siguientes materiales:

Lapiceros	\$ 25.00
Libreta	\$ 15.00
Memoria usb	\$ 80.00
Transporte	\$ 400.00
Impresiones	\$ 200.00
internet	\$ 100.00
Engargolado	\$ 30.00
Costo total	\$ 850.00

9.10.4 Plan de difusión

Este trabajo será publicado y presentado a nivel nacional y/o internacional en los foros o congresos competentes en el área de Enfermería o Investigación

X. Consideraciones Éticas y legales

De acuerdo a los principios básicos de respeto a la integridad física y mental del participantes contemplando en la declaración de Helsinki y considerando además lo establecido en el reglamento de la ley general de la salud de México en su capítulo segundo a fin de garantizar el respeto a su dignidad así como la protección de sus derechos y bienestar tal como lo señala el artículo 13.

De igual manera la ley General de salud en materia de investigación para la salud, el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos del capítulo 1, me base en al artículo 13 respetando su dignidad y no obligaré a formar parte de la entrevista sin violar sus derechos y manteniendo su bienestar. Esta investigación se basó también bajo el artículo 16 donde se protegió la privacidad de los entrevistados, identificándolos solo cuando los resultados los requieran. Con el artículo 17 pude afirmar que es una investigación sin riesgo ya que solo emplearé técnicas de entrevista no poner en riesgo la integridad del entrevistado ni del entrevistador. Con el artículo 20, 21 y 22 realicé el consentimiento informado por escrito, con información clara y completa de tal manera que pueda ser comprendida, mediante el cual el sujeto de investigación autorizo legalmente su participación con pleno conocimiento de los procedimientos con la capacidad de libre elección.

Los principios fundamentales y universales de la ética de la investigación con seres humanos son: respeto por las personas, beneficencia, maleficencia y justicia. Los investigadores, las instituciones y, de hecho, la sociedad están obligados a garantizar que estos principios se cumplan cada vez que se realiza una investigación con seres humanos: Es responsabilidad del investigador garantizar que la investigación sea de calidad, tanto en lo que se refiere al interés, relevancia y valor potencial, como en sus aspectos éticos. En la raíz de toda investigación y, por lo tanto, de todo investigador, ha de estar la honestidad. Y ésta ha de estar presente desde el planteamiento inicial y diseño del estudio, hasta la difusión y publicación de los resultados que se obtuvieron.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 25, párrafo 1), se establece que: “Todas las personas tienen derecho a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar propio y de su familia, incluyendo comida, ropa, hogar y atención médica y servicios sociales necesarios, y el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, edad avanzada o cualquier otra carencia en circunstancias ajenas a su voluntad”.

Las personas mayores tienen derecho a no ser discriminadas por su edad, ni a ser consideradas “inútiles” o “improductivas” en la sociedad ni, mucho menos, en su entorno familiar. Al contrario, pueden aportar mucho más de lo que creemos si contamos más con ellas. Debemos darles, por lo menos, las mismas oportunidades, beneficios y privilegios de los demás miembros de la sociedad y de la familia y, al mismo tiempo, debemos brindarles más comprensión, paciencia y cariño. Es inconcebible que pueda haber sociedades, instituciones o familiares que “maltratan” o ignoran a sus ancianos.

CAPÍTULO IV

XI. Resultados

A continuación se presentan los resultados correspondientes a las variables sociodemográficas y posteriormente los índices para la variable de la Depresión en el AM.

Para dar respuesta al objetivo específico número 1, se presentan las variables que caracterizan a la población

En cuanto a cuanto al género, tenemos que del 100% de la población fueron, 15 hombres (37.5 %) y 25 mujeres (62.5 %).

Tabla 2

Género de los AM participantes del estudio en Morelia, Michoacán

Variable	N	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Media (m)	Desviación Estándar
Genero	Masculino	15	37.5 %	1.62	.490
	femenino	25	62.5 %		
	total 40	40	100.0 %		

Nota: Cédula de Identificación

En lo que corresponde a la Edad tenemos que del 100% de la población el 17 que son (42.5 %) están en la edad 62 a 72 años, el 14 que son (35.0 %) están en la edad de 73 a 83 años, y el 9 que son el (22.5 %) están en la edad de 84 a 94 años y se obtuvo una media de edad de 1.80.

Tabla 3

Edad de los AM participantes del estudio en Morelia, Michoacán.

Variable	N	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Media (m)	Desviación estándar
Edad	62 a 72	17	42.5 %	1.80	.791
	73 a 83	14	35.0 %		
	84 a 94	9	22.5 %		
	Total	40	100.0 %		

Nota: Cédula de Identificación

En cuanto a la Religión, el 100% de la población el (95.0%) son católicos mientras un (5.0%) son Cristianos.

Tabla 4

Religión de los AM participantes del estudio en Morelia, Michoacán.

Variable	N	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Media (m)	Desviación estándar
Religión	Católicos	38	95.0%	1.05	.221
	cristianos	2	5.0%		
	Total	40	100 %		

Nota: Cédula de Identificación

En cuanto a cuanto el estado civil, tenemos que del 100% de la población fueron, el (92.5 %) son viudos, y el (7.5 %) son casados.

Tabla 5

Estado civil de los AM participantes del estudio en Morelia, Michoacán.

Variable	N	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Media (m)	Desviación estándar
Estado civil	Casado	3	7.5 %	2.85	.533
	Viudo	37	92.5 %		
	Total	40	100 %		

Nota: Cédula de Identificación

Para dar cumplimiento al objetivo específico número dos, se presentan los resultados de la variable Depresión.

De acuerdo a los 40 personas que son AM encuestadas se encontró el 60.0% (24) están satisfecho con su vida y el 40.0 % (16) no están. El 95.0% (38) han renunciado a muchas de sus actividades y el 5.0 % (2) no han renunciado. De acuerdo a las personas encuestadas el 70.0 % (28) sienten que su vida está vacía y un 30.0% (12) no. Se encuentra a menudo aburrido 72.5 % (29) si, y un 27.5% (11) no. El 2.5% (1) tiene mucha fe en el futuro, y un 97.5 % (39) ya no tienen fe. De las personas entrevistadas el 75.0 % (30) tienen pensamientos que le molestan, y un 25.0 % (10) no. Esta la mayor parte del tiempo de buen humor el 60.0 % (24) dijeron que si, y el 40.0 % (16) no. El 72.5 % (29) temen que le pase algo malo, y un 27.5 % (11) no. De la población entrevistada el 55.0 % (22) se sienten feliz muchas veces, y el 45.0 % (18) no. Se siente a menudo impotente el 97.5 % (39) si, y un 2.5 % (1) no. El 75.0 % (30) se sienten a menudo tranquilo, y un 25.0 % (10) dijeron que no. Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir el 62.5 % (25) si, y el 37.5 % (15) no. Se preocupa usted a menudo sobre el futuro el 12.5 % (5) si, y el 87.5 % (35) no. De acuerdo a las personas encuestadas el 82.5 % (33) creen que tiene más problemas con su memoria que los demás, y el 17.5

% (7) no. El 62.5 % (25) creen que es maravilloso estar viviendo, y el 37.5 % (15) no. De la población entrevistada el 52.5% (21) se sienten a menudo triste, y el 47.5 % (19) no. Se siente usted inútil el 80.0 % (32) si, y un 20.0% (8) no. El 5.0 % (2) se preocupan mucho sobre el pasado, y un 95.0 % (38) no. Cree que la vida es muy interesante el 57.5 % (23) si, y el 42,5 % (17) no. Según las encuestas realizadas les cuesta iniciar nuevos proyectos el 97.5 % (39) si, y el 2.5 % (1) no. El 12.5 % (5) se sienten lleno de energía, y el 87.5 % (35) no. Se siente usted sin esperanza el 87.5 % (35) si, y el 12.5 % (5) no. Cree que los demás tienen más suerte que usted el 37.5 % (15) si, y un 62.5 % (25) no. Se siente usted muy nervioso por cosas pequeñas el 62.5 % (25) si, y el 37.5 % (15) no. El 57.5 % (23) sienten a menudo ganas de llorar, y el 42.5 % (17) no. Es difícil para usted concentrarse el 92.5 % (37) si, y el 7.5 % (3) no. El 57.5 % (23) están contentos de levantarse por la mañana, y el 42.5 % (17) no. El 82.5 % (33) prefieren evitar grupos de gente, y un 17.5 % (7) no. Es fácil para usted tomar decisiones el 20.0 % (8) si, y el 80.0 % (32) no. Esta su mente tan clara como antes el 2.5 % (1) si, y el 97.5 % (39) no.

Tabla 6

Nivel de Depresión en el AM, en Morelia, Michoacán.

Pregunta	Frecuencia (f)		Porcentaje (%)		Desviación estándar
	SI	NO	SI	NO	
¿Está satisfecho con su vida? Sí / No	24	16	60.0%	40.0%	.496
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades? Sí / No	38	2	95.0%	5.0%	.221
¿Siente que su vida está vacía? Sí / No	28	12	70.0%	30.0%	.464
¿Se encuentra a menudo aburrido? Sí / No	29	12	72.5%	27.5%	.452
¿Tiene usted mucha fe en el futuro? Sí / No	1	39	2.5%	97.5%	.158
¿Tiene pensamientos que le molestan? Sí / No	30	10	75.0%	25.0%	.439
¿Está la mayor parte del tiempo de buen humor? Sí / No	24	16	60.0%	40.0%	.496
¿Teme que le pase algo malo? Sí / No	29	11	72.5%	27.5%	.452
¿Se siente feliz muchas veces? Sí / No	22	18	55.0%	45.0%	.504
¿Se siente a menudo impotente? Sí / No	39	1	97.5%	2.5%	.158
¿Se siente a menudo intranquilo? Sí / No	30	10	75.0%	25.0%	.439
¿Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir? Sí / No	25	15	62.5%	37.5%	.490
¿Se preocupa usted a menudo sobre el futuro? Sí / No	5	35	12.5%	87.5%	.335
¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás? Sí / No	33	7	82.5%	17.5%	.385
¿Cree que es maravilloso estar viviendo? Sí / No	25	15	62.5%	37.5%	.490
¿Se siente a menudo triste? Sí / No	21	19	52.5%	47.5%	.506
¿Se siente usted inútil? Sí / No	32	8	80.0%	20.0%	.405
¿Se preocupa mucho sobre el pasado? Sí / No	2	38	5.0%	95.0 %	.221
¿Cree que la vida es muy interesante? Sí / No	23	17	57.5%	42.5%	.501
¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? Sí / No	39	1	97.5%	2.5%	.158
¿Se siente lleno de energía? Sí / No	5	35	12.5%	87.5%	.335
¿Se siente usted sin esperanza? Sí / No	35	5	87.5%	12.5%	.335
¿Cree que los demás tienen más suerte que usted? Sí / No	15	25	37.5%	62.5%	.490
¿Se siente usted muy nervioso por cosas pequeñas? Sí / No	25	15	62.5%	37.5%	.490
¿Siente a menudo ganas de llorar? Sí / No	23	17	57.5%	42.5%	.501
¿Es difícil para usted concentrarse? Sí / No	37	3	92.5%	7.5%	.267
¿Está contento de levantarse por la mañana? Sí / No	23	17	57.5%	42.5%	.501

¿Prefiere evitar grupos de gente? Sí / No	33	7	82.5%	17.5%	.385
¿Es fácil para usted tomar decisiones? Sí / No	8	32	20.0%	80.0%	.405
¿Está su mente tan clara como antes? Sí / No	1	39	2.5%	97.5%	.158

Nota: Escala de Depresión de Yesavage.

Para dar respuesta al objetivo específico número 3, identificar los niveles de Depresión en las seis dimensiones de la Escala de Yesavage.

Tabla 7.

Porcentaje de las dimensiones de la Escala de Yesavage para identificar el nivel de Depresión en los AM en Morelia, Michoacán.

Dimensiones	Porcentaje (%)
1. Expresión sintomática	76.0 %
2. Tristeza	47.5 %
3. Falta de energía	75.0 %
4. Humor positivo	58.0 %
5. Retraimiento social y percepción de cambios cognitivos	62.5 %
6. Medir falta de energía y sentimientos de utilidad	78.0 %

Nota: Escala de Depresión de Yesavage

XII. Discusión

En este trabajo se demostró que existe Depresión en el AM de la estancia geriátrica casa de los abuelos Miguel Hidalgo. En esta investigación se estudiaron 40 AM, de los cuales la mayoría fue del género femenino, esto es semejante a lo reportado por Sotelo et al (2014).

Respecto a la edad de los participantes el (42.5 %) están en la edad 62 a 72 años, esto fue diferente a lo encontrado por Sandoval et al. (2014) que fue un promedio de edad de 74.73 años y similar a Salinas et al (2014) de los entrevistados, 63% fueron mujeres; la edad promedio fue de 71.8 años.

En relación al estado civil, la mayor parte de la población fueron, el (92.5 %) son viudos, diferente con los estudios realizados por Salinas et al. (2014) que poco más de la mitad estaban casados o vivían en unión libre (53%).

Cuando se analizaron los resultados obtenidos de identificar el nivel de Depresión que tienen los AM y observamos que en las seis dimensiones del instrumento utilizado se encontró que si hay depresión establecida en la población y con mayor frecuencia en el sexo femenino, se encontraron resultados semejantes a lo encontrado en estudios anteriores por Mendoza, Ordaz y Molina (2005).

Lo que no coincide con los resultados Sandoval, Castro y Loria (2014) el sexo masculino tiende a padecer más depresión que el sexo femenino, aunque esto no significa gran diferencia pues es una variable que puede cambiar de resultados fácilmente por la región, momento y lugar en el que se haga la investigación, por esto no afecta realmente los resultados, además que ninguna de estas 2 investigaciones estaba buscando el sexo con mayor probabilidad de padecer Depresión, sin embargo en lo que si se enfocaban ambas investigaciones y cuyos resultados son compartidos es la existencia de Depresión.

Por lo que se recomienda, en general, es una vida saludable, en el sentido de mantenerse activo física e intelectualmente, relacionarse con los demás, tener una

alimentación equilibrada, no beber alcohol, y mantener bajo control las enfermedades físicas asociadas crónicas (hipertensión, diabetes, etc.).

Una buena dieta y ejercicio probablemente limitarán o disminuirán las probabilidades de tener Depresión. Además, como resultados secundarios al trabajo principal de investigación, se encontró que, tanto la edad como el sexo sí son unas variables significativas que afectan al nivel de depresión directamente.

Sin embargo, todavía existe debate acerca de si la Depresión aumenta o no con la edad (Newman, 1989, p. 16). Parece que el aumento de síntomas depresivos, sobre todo a partir de los 70 años de edad se debe al incremento en los problemas de salud física y de discapacidades (Kaplan, Shema & Strawbridge, 1977, p. 16).

Es por eso que muchas veces se le considera a la depresión como un fenómeno asociado a la vejez, estereotipo que está siendo cuestionado. Depresión puede estar presente en el grupo de los mayores de 65 años, pero no se debe considerar como un trastorno típico de las personas mayores.

XIII. Conclusiones

Existe depresión en el adulto mayor. Se demostró que la Depresión es un trastorno mental frecuente, que afecta principalmente a la población adulta y suele presentarse de manera más frecuente en mujeres que en hombres, llevando a un mayor deterioro de salud y calidad de vida y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social. El bajo porcentaje de diagnóstico es un reto para la planeación y oferta de servicios de salud mental.

De las dimensiones que se estudiaron la dimensión que demostró un alto nivel de depresión fue la falta de energía y sentimientos de utilidad y la Expresión sintomática y la que tuvo una puntuación más baja de depresión en el adulto mayor fue la dimensión de tristeza.

El AM no le da importancia a esta enfermedad que es la Depresión aun siendo consciente que les afecta en su vida cotidiana, ellos lo ven como algo normal por la edad que tienen y también las autoridades de salubridad no le dan la importancia a la Depresión lo cual está demostrado que cada años miles de personas sufren de Depresión y esta afecta la calidad de vida.

La Depresión es una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico siempre y cuando el médico de familia actúe de forma oportuna con el grupo familiar, se encuentra en situación óptima para detectar precozmente los factores que pueden desencadenar una depresión.

El resultado de un envejecimiento saludable depende de la opción de cada persona en la adquisición de ciertos hábitos dietéticos, incorporación del ejercicio y de la resiliencia propia de cada individuo, guiado por el actuar del Médico de, efector de estrategias destinadas a obtener una buena calidad de vida.

XIV. Sugerencias

En este trabajo la principal sugerencia es implementar el programa de adopta un abuelo.

Adopta un abuelo es una organización sin ánimo de lucro que se encarga de reunir a personas mayores con jóvenes para que compartan su tiempo y sus formas de ver la vida. Es algo sencillo, pero sin duda valioso. La evaluación de los efectos que Adopta un abuelo tiene en los mayores arroja resultados muy positivos. Tras el proyecto, sus índices de ansiedad y depresión disminuyen, mejora su autoestima y se muestran más participativos y felices, este programa tiene grandes beneficios en la familia, sociedad e institucional.

Beneficios para la familia

Se sugiere que en la familia se fomente el afecto, cariño, comprensión y aprendizaje de la vida enseñar los valores desde la infancia que lleven al respeto por ambas partes y es que aunque les unen lazos de sangre también grandes vínculos emocionales.

Beneficios para la sociedad

Para muchos, los ancianos en la sociedad son un estorbo, un problema o una rémora para la sociedad. En cambio, para algunos son una oportunidad. La oportunidad de aprender de toda su sabiduría e, incluso, de sus miradas que encierran tantas historias. Con esta idea en mente, se propuso combatir el enemigo número uno de la vejez: la soledad. “Hacemos que nuestros mayores se sientan acompañados, escuchados y queridos”. Eso es ni más ni menos lo que hace Adopta un Abuelo.

Beneficios por las instituciones

En las escuelas los jóvenes deberían participar como voluntarios y tener un proyecto. Lo que demuestra el beneficio mutuo de la iniciativa. Y es que el

compromiso, es la base para que el proyecto funcione. "No busco universitarios ni gente con máster. Busco personas comprometidas".

El proyecto debe beneficiar a ambas partes porque los jóvenes aprenden experiencias de los mayores y éstos a su vez se sienten acompañados y se contagian de la vitalidad de los más jóvenes. Y es que el objetivo de Adopta Un Abuelo no es solo el de paliar la soledad de los mayores, sino también, resaltar la figura de los abuelos y abuelas.

Otra sugerencia de este trabajo es el Servicio De Ayuda Domiciliaria (SAD) AM enfermos.

El servicio tiene como objetivo proporcionar atención personal y/o doméstica en el domicilio a las personas mayores que lo precisan, con el objetivo de promover su independencia y autonomía personal. Se pretende lograr el mantenimiento de los mayores en su propio entorno y mejorar su calidad de vida. Desde la familia, la sociedad, y las instituciones se muestran beneficios.

Beneficios para la familia

La familia les debe ofrece atención personal: apoyo en la higiene personal, apoyo en la movilización dentro del hogar, ayuda en la toma de medicamentos, ayuda en la ingesta de alimentos para aquellos que no pueden hacerlo por sí mismos, acompañamientos puntuales fuera del hogar, recogida y gestión de recetas o documentos. Doméstica: limpieza o ayuda en la limpieza cotidiana de la vivienda, lavado, planchado y ordenación de la ropa dentro del hogar, adquisición de alimentos y otros productos básicos a cuenta del usuario, preparación de comidas, tareas de mantenimiento básico de utensilios domésticos.

Beneficios para la sociedad

La mayor incidencia de los casos son mujeres las víctimas y varones en el 19% restante. También puede decirse que en el 55% de los casos de malos tratos,

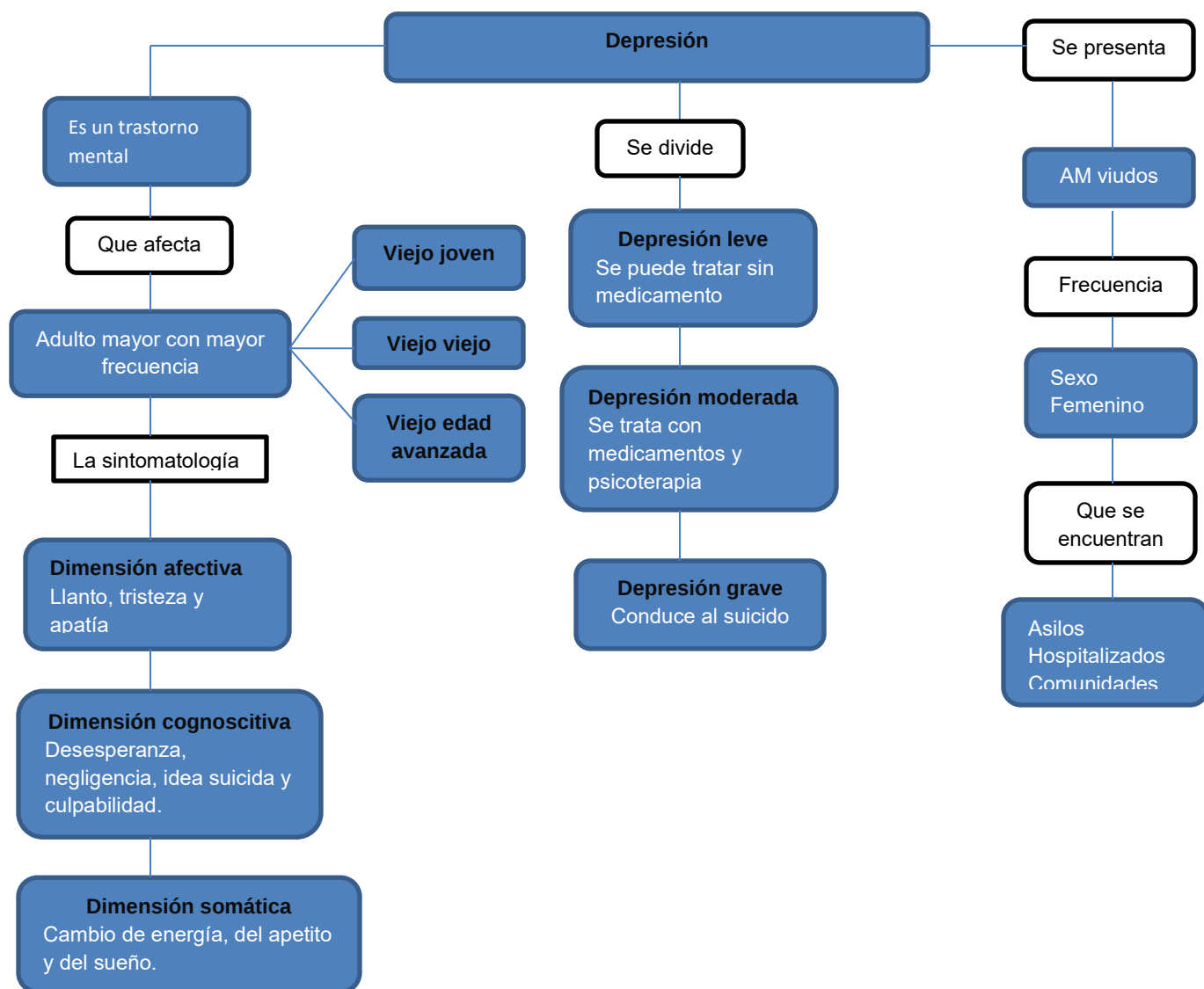
éstos han sido perpetrados por los hijos e hijas biológicas y polítics, por el cónyuge, por hermanos o hermanas, y por otras personas. Por otra parte, es mayor la existencia de abandono o negligencia en el trato (de carácter físico y/o psicológico) que los malos tratos propiamente dichos. También ellas sufren más que los varones varios tipos de malos tratos al mismo tiempo. Puede también hipotetizarse que la existencia y extensión de servicios comunitarios para las personas ancianas frágiles puede disminuir el riesgo de sufrir malos tratos.

Beneficios por las instituciones

Es capacitar los profesionales del ámbito social, sanitario y de la salud que permiten atender a la persona mayor en toda su dimensión bio-psico-social. La atención prestada por un cuidador no profesional o el Servicio de Ayuda a Domicilio, son servicios que permiten que la persona mayor sea atendida en su casa y se pueden considerar adecuados mientras no se requiera una atención especializada o de gran intensidad.

Figura 3.

Mapa conceptual (triangulación teórica del AM deprimido y los resultados).



Nota: elaboración propia

XV. Referencias bibliográficas

1. Domínguez, J. (2012) Depresión: Una enfermedad común en el adulto mayor. Recuperado de

<https://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/depresion-comun-adulto-mayor.aspx>.

2. Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C., Coria, A. (2012) La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Archivos en Medicina Familiar, 1, 5-13.

Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2012/amf121b.pdf>

3. Instituto Mexicano del Seguro Social (2014) Recuperado de

<http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>

4. Salinas, A., Rodríguez, M., Espinoza, B., Acosta, G., Castillo, M., (2014).

Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores mexicanos. *Salud Pública de México*, 56(3), 279-285. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000300014

5. Mendoza, A., Ordaz, V., Esquivel, C., Velasco, V. (2007) Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 1, 21-28 23. Recuperado de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im071d.pdf>

6. Aguilar. S., Ávila, J. (2007) La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta médica de México*. 2, 141-148. Recuperado de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>

7. Belló, M., Puentes, E., Medina, M., Lozano, R. (2005) “Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México”. *Salud Pública de México*, 1, S4-S11.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/106/10609302/>

8. Castro, M., Ramírez Z., Aguilar, L., Díaz, V., (2006) “Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. *Neurol Neurocir Psiquiat* 2006; 4,132-137. Recuperado de

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=41190&id_seccion=80&id_ejemplar=4214&id_revista=15

9. Botto, A., Acuña, J., Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 10, 1297-1305. Recuperado de

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000010

11. Sandoval, L., Ramírez, E., Pinto, M., Medina, V., Escalante, A. (2014) nivel de depresión en personas mayores de 65 años del estado de Yucatán según su contexto social. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 3,n 958-962
Recuperado de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2014/epi143d.pdf>

12. Fernández, R., Manrique, F. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería global* (19) recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016

14. Chavarría, j. (2015) depresión: una enfermedad común en el adulto mayor. Revista médica de costa rica y Centroamérica lxxii (615) 427 – 429. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152zk.pdf>

15. Vera, M. (2013) Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la faculta de medicina, 3, 284-290

Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>

16. Casanova, C., Delgado, S., Estéves S. (2009) El médico de familia y la depresión del adulto mayor. Revista biomedicina. 24-29 recuperado de

http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina_nov_dic%202009/bio_elmedicodefamilia.pdf

17. Sánchez, S., Juárez, T., Gallegos, K., Gallo, J., Wagner, A., García, C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud mental*, 35, 71-77. Recuperado DE

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100011

18. Urbina, Juan., Flores, José., García , María., Torres , L., Torrubias , Rosa. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 21, 37-42. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000100008

XVI. Anexos



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



Consentimiento informado:

Lugar y Fecha_____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: “ Nivel de depresión en el adulto mayor de la estancia geriátrica casa de los abuelos miguel hidalgo en Morelia ”

El objetivo del estudio es: determinar el nivel de depresión en el adulto mayor de la estancia geriátrica casa de los abuelos miguel hidalgo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: llenar un instrumento bajo las indicaciones de los investigadores.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información sobre el procedimiento adecuado para ayudarme en su investigación, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste el estudiante de la Facultad de enfermería. Entiendo que la entrevista formara parte de una investigación sobre la depresión del adulto mayor en la estancia geriátrica casa de los abuelos en Morelia Michoacán.

El investigador me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun después de iniciada la entrevista puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir

darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie. También me doy por enterada que no recibiré remuneración económica o en especie y que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito con alguna de las investigadoras.

Nombre y Firma del entrevistado.

Nombre y Firma del investigador responsable

Anexo 1

Instrumento de depresión de yesavage



A continuación le formularé una serie de preguntas que le agradecemos responda con la mayor sinceridad posible, sus respuestas se mantendrán en el anonimato con el único objetivo de conformar una investigación de gran importancia para nuestra institución. Marque con una X la alternativa que considere correcta

Anexo 2. Escala de depresión geriátrica de Yesavage

1. ¿Está satisfecho con su vida? **Sí / No**
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades? **Sí / No**
3. ¿Siente que su vida está vacía? **Sí / No**
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido? **Sí / No**
5. ¿Tiene usted mucha fe en el futuro? **Sí / No**
6. ¿Tiene pensamientos que le molestan? **Sí / No**
7. ¿Está la mayor parte del tiempo de buen humor? **Sí / No**
8. ¿Teme que le pase algo malo? **Sí / No**
9. ¿Se siente feliz muchas veces? **Sí / No**
10. ¿Se siente a menudo impotente? **Sí / No**

11. ¿Se siente a menudo intranquilo? **Sí / No**
12. ¿Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir? **Sí / No**
13. ¿Se preocupa usted a menudo sobre el futuro? **Sí / No**
14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás? **Sí / No**
15. ¿Cree que es maravilloso estar viviendo? **Sí / No**
16. ¿Se siente a menudo triste? **Sí / No**
17. ¿Se siente usted inútil? **Sí / No**
18. ¿Se preocupa mucho sobre el pasado? **Sí / No**
19. ¿Cree que la vida es muy interesante? **Sí / No**
20. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? **Sí / No**
21. ¿Se siente lleno de energía? **Sí / No**
22. ¿Se siente usted sin esperanza? **Sí / No**
23. ¿Cree que los demás tienen más suerte que usted? **Sí / No**
24. ¿Se siente usted muy nervioso por cosas pequeñas? **Sí / No**
25. ¿Siente a menudo ganas de llorar? **Sí / No**
26. ¿Es difícil para usted concentrarse? **Sí / No**
27. ¿Está contento de levantarse por la mañana? **Sí / No**
28. ¿Prefiere evitar grupos de gente? **Sí / No**
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones? **Sí / No**

30. ¿Está su mente tan clara como antes? Sí / **No**

Cada respuesta contestada en negrita vale un punto

Puntuación:

0-10- normal

11-15- depresión leve

> 15- depresión establecida

XVII. Apéndices

Apéndice 1

Cronograma de actividades

Fecha	Inicio de protocolo	Formulación de protocolo de investigación	Protocolo aprobado por el Comité de Bioética	Recolección de datos	Análisis de datos	Elaboración de discusión y conclusiones	Anexos y Apéndices	Titulación
Diciembre								
Enero								
Febrero								
Marzo								
Abril								
Mayo								
Junio								