



SECRETARÍA
DE EDUCACIÓN
GOBIERNO DE CHIAPAS

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN ESTATAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

UNIVERSIDAD DEL SURESTE



CLAVE: 07PSU0075W

RVOE: PSU-103/2011 VIGENCIA: A PARTIR DEL 03 DE MARZO DE 2010

TESIS

“DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DESAPEGO AL
TRATAMIENTO: EN EL CENTRO DE SALUD
CARLOS ROVIROSA, EN CUNDUACÁN, TABASCO ”

PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

FRANCISCO DE LA CRUZ HERNANDEZ.
XOCHITL CONCEPCION PEREZ ALMEIDA.
YULIANA CRISTELL JIMENEZ ESTEBAN.

ASESOR DE TESIS:

MTRA. HILDA ENRIQUETA ISLAS HERNANDEZ

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS; JUNIO 2024.

DEDICATORIA

XOCHITL CONCEPCIÓN PÉREZ ALMEIDA.

La presente tesis está dedicada:

Primero que todo a mi amado DIOS, fuente de toda sabiduría y guía en mi vida. Tu amor incondicional y tu constante presencia han sido mi mayor fortaleza una vez más en esta segunda carrera profesional. Reconozco que cada paso dado y cada logro alcanzado son fruto de tu gracia y misericordia. Te dedico esta tesis como un humilde tributo a tu grandeza y como una expresión de mi fe en ti. Que este trabajo no solo refleje mis esfuerzos, sino también mi profunda gratitud y devoción hacia Ti. En tus manos, pongo este logro, con la esperanza de que sea utilizado para el bienestar de los demás. ¡A Ti sea toda la honra y la gloria, ahora y siempre! Amén.

A mi amado esposo GUSTAVO HUMBERTO, mi compañero de vida y mi pilar fundamental. Tu amor, paciencia y aliento constante me han sostenido en esta carrera académica. Gracias por creer en mí, incluso cuando no lo hacía, por celebrar mis éxitos y por sostenerme en los momentos difíciles. Sin tu sacrificio y tu comprensión, este logro habría sido imposible de alcanzar. No solo es un reflejo de mi trabajo, sino también de nuestro amor y nuestra dedicación el uno al otro. Desde el fondo de mi corazón, dedico esto a ti con la certeza de que juntos, somos más fuertes y más capaces de lograr cada meta que se fije y que somos un gran equipo. Te amo y te amaré hasta el final de los días.

A mis queridos padres OFELIA Y FEDERICO, cuyo amor incondicional, apoyo continuo y permanente ha sido la luz que iluminó mi camino una vez más en esta carrera profesional, mi madre que es mi mayor ejemplo de cómo ejercer esta carrera con mucho amor y dedicación, gracias. A mis queridas hermanas, BRIDGET E INGRID, cuyo apoyo y complicidad fueron un verdadero sostén durante mis momentos más oscuros y una fuente inagotable de gozo durante los más brillantes. Y a mi querido sobrino, KYLIAN HABIB cuya sonrisa y encanto

contagioso llenaron mi vida con alegría y me motivaron a alcanzar metas más altas y trabajar aún más duro. A todos ustedes, mi familia, este logro está dedicado de todo corazón. Que este trabajo sea una señal permanente de cuánto les debo y cuánto los amo. ¡Gracias por ser una de mis fortalezas y alegrías!

A mis estimados maestros, y asesor de tesis Mtra. Enriqueta Islas Hernández cuya sabiduría, orientación y dedicación han sido fundamentales en mi formación académica. Ustedes no solo me han enseñado conocimientos, sino que también me han inspirado a ser una mejor persona y a alcanzar nuevas metas. Su apoyo constante y sus palabras de aliento han sido un faro de luz en los momentos de duda y confusión. A cada uno de ustedes, les agradezco sinceramente por su compromiso con la enseñanza y por el impacto positivo que han tenido en mi vida. Esta tesis es también un tributo a su labor incansable y a la invaluable contribución que hacen a la educación. Con profundo agradecimiento, les dedico este logro, con la esperanza de que mi trabajo pueda reflejar la influencia positiva que ustedes han tenido en mí. ¡Gracias por ser mis guías y mentores en este camino hacia el conocimiento!

A mis compañeros de tesis y de clases, agradezco a Dios por colocarlos en mi camino, el estudiar y convivir con personas menores que yo me deja una gran experiencia y enseñanza, me llevo todo lo positivo de ustedes, al igual que grandes amigos, gracias por todo su apoyo y convivencia. Siempre ocuparan un lugar muy importante en mi vida.

Y por último A mí misma, en este momento de reflexión y logro. A través de los altibajos, las dudas y los desafíos, me he mantenido firme en mi camino hacia esta meta. El elegir estudiar otra carrera me tomo tiempo, pero al final lo logre. Esta tesis no solo representa mi trabajo académico, sino también mi perseverancia, determinación y pasión por el conocimiento. Me dedico este logro como un recordatorio de mi fuerza interior y capacidad para superar obstáculos. Que este logro sea un impulso para seguir adelante con valentía en cada nuevo desafío que se presente en mi camino. ¡Brindo por mí misma y por los logros que

aún están por venir!

YULIANA CRISTELL JIMENEZ ESTEBAN.

La presente Tesis está dedicada:

PRIMERO A DIOS al cual agradezco por la vida, el amor y su bondad que no tienen fin para conmigo, por permitirme sonreír ante mis logros que son el resultado de su inmensa ayuda, por hacer posible el alcanzar mis metas y aprender de cada uno de los errores que me han ayudado a reflexionar y entender que la vida se trata de levantarse y luchar cada día.

A MI ABUELO Y A MIS TÍOS por siempre creer en mí y en mis expectativas y nunca permitir rendirme. Gracias por brindarme su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona. Gracias por brindarme la ayuda emocional y económica que me dieron por este tiempo, aprecio mucho el esfuerzo de cada uno.

A MI ESPOSO Rosalino Rodríguez por su comprensión, paciencia y esfuerzo que hace porque yo pueda culminar mi licenciatura. Gracias por buscar mi crecimiento tanto personal como profesional, por el apoyo emocional y económico que me brindas, por impulsarme a que yo puedo con todo, a nunca dejar de luchar hasta conseguir lo que me proponga.

A MI BEBÉ el cual viene en camino, sin embargo, se ha convertido en mi motor para seguir luchando y superarme día a día, es lo más hermoso de mi vida y la razón por la que seguiré cumpliendo cada una de mis metas para poder ser una mejor persona y futura mamá.

A MIS MAESTROS por compartir su experiencia y sabiduría, por enseñarme a ser una persona responsable y con grandes valores, a nunca rendirme ante las adversidades.

A MI ASESORA DE TESIS la Maestra Hilda Enriqueta Islas Hernández por brindarme sus conocimientos, paciencia, tiempo, orientación y motivación que han sido fundamentales para mi formación como investigadora para hacer posible este proyecto.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS y grandes amigos Xóchitl Concepción Pérez y Francisco de la Cruz durante estos tres años de licenciatura, les agradezco su empeño y esfuerzo que pusieron en el trabajo de investigación, en el cual nos divertimos, nos desvelamos y lloramos, pero sé que todo ha valido la pena. Me llevo grandes aprendizajes y muchos recuerdos que estarán en mi corazón por siempre

FRANCISCO DE LA CRUZ HERNÁNDEZ

La presente está dedica:

PRINCIPALMENTE A DIOS, que me dio la vida y la oportunidad de poder estudiar esta carrera tan linda y humanista, me ha brindado del entendimiento e inteligencia para salir adelante. Su gracia y fidelidad han estado presentes durante los tres años de carrera.

A MIS PADRES, Ricardo De La Cruz y Nelvi Hernández han sido mi fuerza e inspiración para salir adelante sobre todo por su gran ayuda, emocional, económica y por brindar toda su confianza en mí. Si gran amor y cariño me han hecho ser el estudiante que soy ahora y el futuro enfermero que seré, será gracias a ellos, esto y más por ellos.

A MIS HERMANOS, Ricardo Argeni y David Uciel han sido mi ejemplo a seguir desde que tengo memoria, sus consejos, su compañía y amistad incondicional me han forjado de una actitud fuerte. Hasta el día de hoy aún cuidan de mi como todo hermano mayor a su hermano menor.

A MIS SOBRINOS, Kevin Alejandro, Camila Alejandra y Samanta De La Cruz, desde que llegaron a mi vida han sido mi felicidad y alegría todos los días el saber que soy ejemplo para ellos me han hecho mejorar cada día como persona, cómo estudiante y como profesional para seguir siendo un ejemplo a seguir para ellos.

A MIS COMPAÑEROS DE CLASES, sin duda tuve la dicha de contar con un grupo que me apoyo, me escucho y sobre todo la confianza que nos tenemos los unos a los otros para ayudarnos.

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DESAPEGO AL TRATAMIENTO: EN EL CENTRO DE SALUD CARLOS ROVIROSA, EN CUNDUACÁN, TABASCO.

“No dejas de reírte porque
te haces viejo, en realidad,
te haces viejo porque
dejas de reír”.

Michael Pritchard.

Rojas (2006) sostiene que “Las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas, hereditarias o adquiridas con una sintomatología determinada a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivo” (pág.3).

Mackinnon y Michels (1971) afirman que “La depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. En la depresión, todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas fisiológicas y sociales, podrían verse afectadas” (pág. 1).

La depresión es un trastorno mental que implica la pérdida de placer o interés en actividades de la vida cotidiana, es tener un estado de ánimo deprimido el cual afecta a todos los ámbitos de la vida, es decir, las relaciones familiares, de amistad y comunitarias. Tomemos en cuenta que la depresión puede afectar a cualquier persona sin importar su edad, raza, cultura, sexo o nivel educativo.

La depresión puede ocurrir conjuntamente con otros trastornos mentales y otras enfermedades como diabetes, cáncer, enfermedad cardíaca y dolor crónico. La depresión puede empeorar estos problemas de salud y viceversa. Algunas veces,

los medicamentos que se toman para estas enfermedades ocasionan efectos secundarios que contribuyen a los síntomas de la depresión.

Hoy en día nos ha tocado ver como los pacientes geriátricos con ciertas enfermedades crónicas caen en depresión ya sea por la soledad, el aislamiento social, por malos tratos de parte de sus cuidadores, por no sentirse útiles como cuando eran jóvenes y sin ninguna enfermedad. El pensar demasiado acerca de cómo la enfermedad acabara poco a poco con ellos los hace entristecer y también enojar porque sienten que ya no son los mismos y solo quisieran acabar con el horrible sufrimiento.

Aunado a esto la depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, en 1990 se ubicó como la cuarta causa de discapacidad en el mundo ya que interfiere en las funciones físicas, mentales y sociales del individuo asociándose con un mayor riesgo de mortalidad temprana; al 2020 se espera que se ubique después de los problemas cardiovasculares como la segunda causa (Medina Chávez et al., 2011).

En las personas mayores de 65 años la depresión es el trastorno mental más frecuente e incapacitante con repercusiones en la calidad de vida, además de dificultar la atención de las comorbilidades; en México la prevalencia de depresión en este sector de la población va del 15 al 17% sin embargo, hay estudios que mencionan una prevalencia de hasta el 43% en personas de 65 a 74 años de edad (INEGI, 2014).

El proceso de envejecimiento en hombres y mujeres mayores se encuentra condicionado por una serie de aspectos que les posicionan como grupo en situación de vulnerabilidad. Así, uno de los principales focos de atención que actualmente están adquiriendo relevancia por su magnitud y prevalencia son los trastornos mentales y/o emocionales en la tercera edad, los cuales sitúan a las personas mayores como uno de los grupos etarios que presentan mayor riesgo de sufrir algún problema de salud mental, en especial las mujeres. Este hecho se relaciona con el conjunto de procesos y cambios que experimentan las personas

mayores en esta etapa de vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006, 2011).

Hoy en día, se encuentra la depresión como uno de los síndromes geriátricos más importantes que afecta a la población mayor, debido al aumento significativo en magnitud y prevalencia (Secretaría de Salud, 2001). A partir de ello, se ha documentado que la depresión en personas mayores se ha convertido en un padecimiento con prevalencia significativa e incluso se le ha considerado como un problema de salud pública (OMS, 2006). De acuerdo con cifras mundiales presentadas por la OMS (2011), los episodios depresivos en personas mayores oscilan entre el 30% y 70% (dependiendo de la forma de evaluación). Además, se reporta que para el 2020 la depresión en pacientes mayores será la segunda causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Sin embargo, se evidencia que existe una subvaloración del diagnóstico de este trastorno, asumiendo que es un proceso normal del envejecimiento, y con ello, desconociendo que la depresión está estrechamente relacionada con el bienestar de las personas mayores (Aguilar y AACUTE; Vila, 2006).

La población adulta mayor que conserva mayores relaciones entre familiares y amistades mantiene un mejor nivel de bienestar que aquellas personas que únicamente tienen un vínculo afectivo y social (Carmona, 2016). De acuerdo con Alarcón y García (2003), los vínculos sociales fuertes y frecuentes en esta edad incrementan las relaciones sociales y se constituyen como una fuente de apoyo e intercambio social, por lo que los adultos mayores que descuidan las relaciones con personas cercanas al núcleo familiar, amistades y vecinos y que cuentan con poco apoyo no sienten satisfacción consigo, y tienden a presentar más síntomas de depresión en comparación con quienes cuentan con vínculos sociales más cercanos y satisfactorios.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Qué es la depresión en el adulto mayor con enfermedades crónicas?
- ¿Cuáles son las causas por las que los adultos mayores sufren depresión?
- ¿Cuáles son los indicios de la depresión en los adultos mayores con enfermedades crónicas?
- ¿Qué medidas se deben implementar en los adultos mayores para sobrellevar su enfermedad y evitar la depresión?
- ¿Cuál es la prevalencia de la depresión en el adulto mayor con enfermedades crónicas en el Centro de Salud Carlos Roviroso en Cunduacán, Tabasco?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- ❑ Determinar las principales causas que conllevan al paciente geriátrico con enfermedades crónicas a padecer depresión y que influya a que tenga desapego a su tratamiento.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Investigar la relación entre la depresión y las enfermedades crónicas en los adultos mayores.
- ✓ Identificar los factores de riesgo que están asociados con la depresión de este grupo demográfico.
- ✓ Detectar dentro del grupo de pacientes geriátricos cuantos padecen depresión o tienden a padecerla.
- ✓ Comprobar dentro del grupo quienes son más propensos a sufrir depresión, si las mujeres o los hombres.

- ✓ Conocer qué medidas se deben tomar ante un caso de depresión en el adulto mayor.

1.3 HIPÓTESIS

La depresión más que una enfermedad puede llegar a ser un estilo de vida que una persona adopta; puede deberse a muchos factores, tales como sentimentales, problemas de la vida, personales, la edad, enfermedades, etc. Una adecuada información sobre la depresión en el adulto mayor con enfermedades crónicas puede ayudar a comprender y apoyar a nuestros pacientes tanto por sus familias como por la sociedad en general.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Hoy en día nos ha tocado ver como los pacientes geriátricos con ciertas enfermedades crónicas caen en depresión ya sea por la soledad, el aislamiento social, por malos tratos de parte de sus cuidadores, por no sentirse útiles como cuando eran jóvenes y sin ninguna enfermedad. El pensar demasiado acerca de cómo la enfermedad acabara poco a poco con ellos los hace entristecer y también enojar porque sienten que ya no son los mismos y solo quisieran acabar con el horrible sufrimiento.

Debido a esta enfermedad muchas personas que tienen tratamiento médico por alguna enfermedad crónica al enfrascarse en su tristeza y no sentir apoyo de sus familiares dejan de acudir a sus controles médicos y se abstienen de su tratamiento, deteriorando más su salud. Como familiares de pacientes geriátricos con enfermedades crónicas deberían informarse acerca de la enfermedad que padece su familiar para así poder comprender un poco de que como ellos se sienten y como podrían ayudar a sobrellevar ese padecimiento. Los pacientes geriátricos con alguna enfermedad suelen pensar constantemente en la muerte, piensan que su vida se ha acortado de manera drástica, sin embargo, los pensamientos son recurrentes cuando los familiares los hacen a un lado, no hay convivencia, no se preocupan por cómo se sienten, en muchos casos hay abandono total; el envejecer no significa dejar de sonreír, dejar ser divertido, dejar de sentir.

Como practicantes de la Licenciatura de Enfermería, hemos observado a muchos pacientes geriátricos llegar solos a sus revisiones médicas, como personal de salud estamos interesados en el bienestar de cada uno de nuestros pacientes y de que estos lleven una buena calidad de vida, tal vez los familiares se encuentren trabajando, podrían buscar una persona de confianza para acudir

con su familiar, así se evita que los adultos mayores estén solos esperando, o cuando el medico de alguna indicación el acompañante pueda llevar a cabo el tratamiento al pie de la letra. En un paciente geriátrico la soledad y el hacerlos sentir que no pueden realizar alguna actividad les causa un sentimiento de tristeza e inutilidad; sería mucho mejor poderlos incluir en las actividades.

La Depresión en Pacientes Geriátricos muchas veces se presenta, porque sienten que sus enfermedades crónicas no están bajo control; por lo tanto, dejan el tratamiento, ellos afirman, que de nada sirve, sino se van a curar o bien piensan que los medicamentos irán dañando más, es ahí donde se presenta la depresión, una vez que se padece es difícil salir, sino se tiene apoyo. Como familiar o persona que quiere ayudar a alguien en esta situación, puede acercarse a un profesional para informarse de que puede hacer para mejorar el estado de salud mental del adulto mayor.

Como enfermeros estamos encargados de buscar el bienestar de nuestros pacientes y por ello, nuestro deber es que sigan acudiendo a sus controles médicos y que sigan al pie de la letra las indicaciones del médico, los pacientes geriátricos piensan que porque ya son mayores, han vivido lo suficiente y dejan a un lado tratamientos y su propia felicidad.

1.6 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

La siguiente investigación se centra en el tema de la Depresión en Pacientes Geriátricos con enfermedades crónicas, se eligió porque queremos saber los factores que influyen para que estos se depriman y se abstengan a su tratamiento, nosotros como enfermeros que medidas debemos tomar para que estos pacientes sigan acudiendo a su control médico. Especialmente se quiere estudiar a un grupo de 16 pacientes geriátricos para evaluarlos, de los cuales 11 son mujeres y 5 son hombres, con diabetes e hipertensión.

La investigación se llevará a cabo en el municipio de Cunduacán, Tabasco, específicamente en el Centro de Salud Carlos Roviroso.

CAPÍTULO II

2. MARCO DE REFERENCIA

“Envejecer es como escalar una montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.”

Ingmar Bergman.

2.1 MARCO FILOSÓFICO-ANTROPOLÓGICO

Athanassakis (2004) enfatiza que, en la mitología griega, los dioses no gobernaban solamente las altas esferas del cosmos. Gran parte de ellos tenían soberanía sobre aspectos más mundanos como las emociones humanas, en particular cuando estas eran desmesuradas. Por lo tanto, las personas no tenían control total sobre sus emociones; los celos, el odio, la sed de venganza, eran todos castigos divinos (pensamiento que será abandonado por los griegos y luego retomado por la tradición cristiana); ¿acaso no fue Hera quien infligió a Heracles con locura para que matase a su familia? Es en esta explicación sobrenatural que se puede encontrar una de las primeras explicaciones de la depresión, Hesíodo describe en su poema Teogonía cómo la diosa de la noche (Nyx) engendró sin intervención masculina a más de 15 hijos, una de ellas llamada Ezis (“Miseria” en latín), la personificación del sufrimiento y la tristeza.

Fue alrededor del siglo V a.C., con Hipócrates y la teoría humoral, que se empezó a entender que la enfermedad y el sufrimiento podían provenir del interior de la persona y sus alrededores y no de la mano de una deidad. De acuerdo con la teoría humoral, el cuerpo humano contiene 4 humores distintos, con elementos y estaciones correspondientes: sangre (aire y primavera), flema (agua e invierno), bilis negra (tierra y otoño) y bilis amarilla (fuego y verano) (Alby, 2004). La salud del cuerpo y el alma dependían del balance de estas 4 sustancias (que se podía obtener mediante dieta y ciertas actividades) y de la estación del año, que

también afectaba el tipo de tratamiento 5 suministrado, por ejemplo, en invierno y primavera se debía aumentar la cantidad de alimentos ingeridos, mientras que en otoño y primavera las purgas eran más efectivas (y Aguado, 1818). Además, las características físicas del lugar de residencia de la persona (como la altura, exposición a vientos calientes o fríos y orientación con respecto al sol) y al agua disponible para consumo (dulces, estancadas, etc.) eran predictores de a qué tipos de enfermedades se estaba expuesto (De Cos, 2007).

La teoría humoral cobra importancia para la historia de la depresión alrededor del siglo II d.C. cuando Galeno usa la teoría humoral para describir la disposición emocional y comportamental de las personas, las cuales podrían coincidir con los 4 temperamentos (correspondientes a los 4 humores). Así, la sangre se relaciona con el temperamento sanguíneo, la flema con el temperamento flemático, la bilis amarilla con el temperamento colérico y la bilis negra con el temperamento melancólico. El temperamento melancólico (también llamado delirio sin fiebre) puede ser identificado como una descripción temprana de lo que hoy se conoce como depresión, pues era caracterizado por el miedo, la tristeza, desagrado por la gente y deseo de morir (Stelmack & Stalikas, 1991).

Davison (2006) sostiene que, aunque la melancolía puede ser reconocida como la antecesora de la depresión, es importante mencionar que la primera incluye más que solo síntomas emocionales y conductuales depresivos.

Jackson (1981) y Berrios (1988) sostienen que desde el siglo XVI se empieza a presentar un fenómeno particular en el habla inglesa que dará inicio al cambio del término melancolía por otros términos en los siglos subsecuentes. La palabra "melancholia" se podía traducir del latín al inglés como "melancholia" o "melancholy", y cada uno tomó su propio significado, "melancholia" siguió refiriéndose a la enfermedad causada por la bilis negra y "melancholy" hacía énfasis en los síntomas emocionales y es cercano a lo que hoy se considera como depresión.

A diferencia de Kraepelin, el psiquiatra Adolf Meyer creía que la locura no se encontraba exclusivamente en el cerebro, también en la historia de vida del paciente y en los intentos fallidos de este para adaptarse a las demandas del

medio, a lo que llamó “reacciones” (Greenberg, 2010).

Meyer (1908) afirma que no toda depresión es necesariamente patológica. Puesto que su patología se basa en reacciones desadaptativas de la persona a las exigencias del ambiente, es claro que también existen reacciones adaptativas, en este caso, una reacción de carácter depresivo frente a la muerte de un ser querido es normal, solo cuando la reacción es excesiva con respecto a la causa, o carece de motivo aparente es que se puede hablar de patología.

APA (2013) sostiene que en psiquiatría la depresión es concebida desde el DSM 5 (como herramienta diagnóstica) y desde los avances de la neurociencia (como explicación de la etiología). En el DSM 5, el trastorno depresivo mayor solo ha mostrado un cambio significativo, la exclusión por duelo ha sido eliminada por completo, siendo reemplazada por una nota que indica que el diagnóstico del trastorno después de un estresor social (muerte de un familiar, ruptura amorosa, etc.) se da a partir del juicio clínico.

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Alegria (2018) *Factores de riesgo que se asocian a la depresión en el adulto mayor.*

Realizo una tesis en donde comenta que la depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente del adulto mayor. El abandono familiar en adultos mayores trae mayores consecuencias en comparación a pacientes jóvenes. Existe descuido, aislamiento y desatención de la persona que debería ser cuidada. Se asocia a baja autoestima, desvalorización, sentimientos de tristeza y desvalorización hacia sí mismos. Su objetivo es: Determinar los factores de riesgo que se asocian a depresión en el adulto mayor.: Se trata de un estudio de casos y controles, en donde se seleccionaron 2 grupos de pacientes adultos mayores de una unidad de medicina familiar (UMF #7 PLUS/UMAA). Se seleccionaron dos grupos uno de casos de 88 pacientes con diagnóstico de depresión y uno de controles de 176 pacientes sin diagnóstico de depresión. Ambos grupos se seleccionaron de sexo indistinto, con edades de 65 años o más. Se utilizaron como variables la

edad, sexo, estado civil, ocupación, si vive solo, si acude solo a la consulta, comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidad, gonartrosis, hiperplasia prostática benigna y dislipidemia: Acudir solo a consultar aumenta el riesgo de depresión 3.38 veces más, que quienes acuden acompañados. El sexo femenino tiene 2.75 veces más riesgo de depresión, que el masculino. La obesidad aumenta el riesgo de depresión 3.44 veces y la gonartrosis 4.3 veces, en comparación, con quienes no presentan estas enfermedades."

Maciel Morones (2019) realizó una investigación de grado basada en la *"Frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 con complicaciones agudas que ingresan a urgencias de un hospital general y su relación con el desapego al tratamiento."*

En la cual su objetivo es determinar la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 con complicaciones agudas y crónicas que ingresan a urgencias y la relación con el desapego al tratamiento, así como determinar los factores sociodemográficos que predisponen al paciente diabético a padecer complicaciones agudas y su relación con el desapego al tratamiento. Su metodología se basó en determinar la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 con complicaciones agudas y crónicas que ingresan a urgencias y la relación con el desapego al tratamiento, así como determinar los factores sociodemográficos que predisponen al paciente diabético a padecer complicaciones agudas y su relación con el desapego al tratamiento. Resultados: Se evaluaron un total 365 pacientes con diabetes tipo 2 que ingresen a urgencias de los cuales fueron 200 mujeres y 165 hombres; se aplicó el cuestionario dirigido a identificar la frecuencia de depresión así factores sociodemográficos que predisponen al desapego al tratamiento y su frecuencia. Del total de pacientes, el 360 resultaron positivos para depresión. En relación al apego al tratamiento, 258 pacientes no lo tuvieron y que resultaron positivos para depresión, 102 pacientes con buen apego al tratamiento con resultados positivos para depresión. La edad promedio fue de 60.47 años, con un mínimo de 18 y hasta 91 años. La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica muy común caracterizada por la

deficiencia de la regulación de la glucosa, la OMS reporta que para el 2014 la población mundial con diabetes ascendió a 422 millones. Se ha visto que dentro de las causas de descontrol de la diabetes es el desapego al tratamiento. Por otra parte, la depresión es una patología psiquiátrica donde una de las manifestaciones principales es desinterés por las acciones habituales (por ejemplo ingesta diaria de medicamentos). En las enfermedades crónicas es común encontrar el síndrome depresivo secundario al cambio repentino del estilo de vida, dentro de estas patologías se incluye la diabetes; hay estudios que identifican, entre otros factores a la depresión como posible causa de desapego al tratamiento en pacientes con diabetes. En San Luis potosí solo se encontró un trabajo de investigación que relaciona a la depresión con el desapego nutricional, pero no se ha establecido la relación con el desapego al tratamiento en pacientes que ingresan al servicio de urgencias.

2.3 MARCO TEÓRICO

2.3.1 DEPRESIÓN

IMSS (2016) define a la depresión como una enfermedad que puede afectar a cualquier persona y se manifiesta por cambios en el estado de ánimo, en el comportamiento, en los sentimientos y en la forma de pensar. Estos cambios son continuos y duran más de dos semanas.

2.3.2 CRITERIOS DIAGNOSTICO DE LA DEPRESIÓN SEGÚN DSM5 (2014)

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la

información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

2.3.3 TIPOS DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.

Los Institutos Nacionales de la Salud (2022) señalan que existe el:

- Trastorno depresivo mayor: incluye síntomas que duran al menos dos semanas y que pueden interferir con la capacidad de la persona para realizar las tareas diarias.

- Trastorno depresivo persistente (distimia): un estado de ánimo depresivo que dura más de dos años, pero la persona posiblemente aún pueda realizar las tareas diarias, a diferencia de las personas con trastorno depresivo mayor.

- Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos: depresión relacionada con el consumo de sustancias, como alcohol o analgésicos.

- Trastorno depresivo debido a una afección médica: depresión relacionada con una enfermedad separada, como una enfermedad cardíaca o esclerosis múltiple.

Otras formas de depresión incluyen la depresión psicótica, la depresión posmenopáusica y el trastorno afectivo estacional.

2.3.4 FACTORES RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN

- Afecciones médicas, como un accidente cerebrovascular o cáncer.
- Genes, las personas con antecedentes familiares de depresión pueden tener un mayor riesgo.
- Estrés, incluido el estrés de cuidar a una persona enferma.
- Problemas para dormir.
- Aislamiento social y soledad.
- Falta de ejercicio o actividad física
- Limitaciones funcionales que dificultan la participación en las actividades de la vida diaria.
- Adicción o alcoholismo, incluyendo el trastorno depresivo inducido por sustancias.

(Los Institutos Nacionales de la Salud, 2022).

2.3.5 FORMAS FRECUENTES DE TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN

- Psicoterapia, consejería o “terapia de diálogo” que puede ayudar a la persona a identificar y cambiar emociones, pensamientos y comportamientos preocupantes. Puede realizarse con un psicólogo, un trabajador social clínico debidamente acreditado (LCSW, por sus siglas en inglés), un psiquiatra u otro profesional de la salud mental debidamente autorizado para ejercer. Algunos ejemplos de enfoques específicos para el tratamiento de la depresión incluyen la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal.
- Medicamentos para la depresión que pueden equilibrar las hormonas que afectan el estado de ánimo, como la serotonina. Hay muchos tipos diferentes de medicamentos antidepresivos de uso frecuente. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son antidepresivos que se recetan con

frecuencia a las personas mayores. Un psiquiatra, una enfermera especializada en salud mental o un médico de atención primaria pueden recetar medicamentos y ayudar a controlarlos y los posibles efectos secundarios.

- Terapia electroconvulsiva, durante la cual se colocan electrodos en la cabeza de la persona para permitir que una corriente eléctrica suave y segura pase a través del cerebro. Este tipo de terapia generalmente se considera solo si la depresión no ha mejorado con otros tratamientos.
- Estimulación magnética transcraneal repetitiva, que utiliza imanes para activar el cerebro. La estimulación magnética transcraneal repetitiva no requiere anestesia y está dirigida solo a regiones específicas del cerebro para ayudar a reducir los efectos secundarios como la fatiga, las náuseas o la pérdida de memoria que podrían ocurrir con la terapia electroconvulsiva. (Los Institutos Nacionales de la Salud, 2022).

2.3.6 PREVENCIÓN

- Haga actividad física y siga una dieta saludable y equilibrada. Esto puede ayudar a evitar enfermedades que pueden provocar una discapacidad y depresión. Se ha demostrado que algunas dietas, incluida la dieta DASH baja en sodio, reducen el riesgo de depresión.
- Duerma de siete a nueve horas cada noche.
- Manténgase en contacto con amigos y familiares.
- Participe en actividades que disfrute.
- Informe a sus amigos, familiares y su médico cuando tenga síntomas de depresión. (Los Institutos Nacionales de la Salud, 2022).

2.3.7 EL AISLAMIENTO SOCIAL Y LA DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES.

Todos necesitamos conexiones sociales para sobrevivir y prosperar, pero a medida que las personas envejecen, a menudo pasan más tiempo a solas. Los

estudios muestran que la soledad y el aislamiento social están asociados con tasas más altas de depresión.

La pandemia de COVID-19 ha atraído nueva atención sobre este tema; sin embargo, muchas personas que viven en los Estados Unidos se sentían socialmente aislados y solos antes de la pandemia. Si usted se siente socialmente aislado o solo, o no puede ver a sus amigos y familiares en persona por algún motivo, intente comunicarse por teléfono o unirse a un club virtual. Vea estos consejos para mantenerse en contacto con los demás. (Los Institutos Nacionales de la Salud, 2022).

2.3.8 RECOMENDACIONES PARA FAMILIARES O PERSONAS QUE APOYAN AL ADULTO EN LA DEPRESIÓN.

- Anime a la persona a que busque tratamiento médico y que siga el plan de tratamiento que le recete el médico.
- Ayude a programar las citas médicas o acompañe a la persona al consultorio del médico o a un grupo de apoyo.
- Participe en actividades que a esa persona le gusta hacer. (Los Institutos Nacionales de la Salud, 2022).

2.3.9 ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD.

Envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, pero se sabe que los ancianos padecen más enfermedades al combinarse los cambios asociados al envejecimiento, la exposición a diversos factores de riesgo y la agresión de las enfermedades acumuladas a largo del tiempo. Los ancianos pueden tener la misma enfermedad que a cualquier otra edad. Algunas de ellas, como la insuficiencia cardiaca o diabetes, presentan una incidencia muy superior, y otras, como el cáncer de próstata o la arteritis temporal son casi exclusivas de las personas de edad avanzada. Entre los procesos más frecuentes siempre figuran las enfermedades cardiovasculares y los trastornos del aparato locomotor, menos graves que las primeras pero que representan la primera causa de incapacidad en los ancianos.

Aunque en la mayoría de los casos las enfermedades se manifiestan de una forma más o menos clásica, la presentación atípica es una posibilidad que hay que considerar en el paciente de edad avanzada.

La aparición de síntomas generales, como astenia, anorexia y pérdida de peso, puede ser la primera manifestación de una tuberculosis pulmonar que no presenta tos ni hemoptisis. También el infarto de miocardio puede cursar sin dolor torácico, la meningitis no mostrar los signos clásicos de irritación meníngea y el hipertiroidismo carecer del cuadro clínico característico y manifestarse como apatía y fibrilación auricular. Con mucha frecuencia un paciente presenta varias enfermedades, (lo que se ha llegado a denominar la pluripatología del anciano), que, además, pueden tener un agravamiento recíproco y un peor pronóstico. (García Conde, 2004).

2.3.10 VALORACION DEL PACIENTE GERIÁTRICO

La valoración geriátrica debe incluir, además de los aspectos médicos, una evaluación funcional, mental y social, y debe ser realizada, a ser posible, por un equipo multidisciplinar (médico, enfermera, trabajador social, psicólogo). Desde el punto de vista médico, es fundamental una anamnesis y exploración física, prestando especial atención al consumo de fármacos y a los aspectos relacionados con la nutrición. La evaluación funcional se centra en las actividades básicas de la vida diaria (aseo, alimentación, deambulación), ya que, si precisa ayuda para su realización, se produce una pérdida de autonomía muy considerable. La valoración de la esfera mental debe incluir, al menos, la detección de deterioro cognitivo o demencia y los trastornos afectivos de tipo depresivo. En cuanto a la situación social del paciente, es muy importante saber si hay un cuidador responsable y si la vivienda reúne unas condiciones básicas de confort.

Todo ello nos permitirá establecer una lista de problemas y un plan de cuidado adaptado a cada paciente. (García Conde, 2004).

2.3.11 ¿SON LAS MUJERES MÁS PROPENSAS A LA DEPRESIÓN?

Aunque la depresión afecta tanto a hombres como a mujeres, los estudios demuestran que son ellas quienes tienen más probabilidades de padecerla. En general, no parecen existir diferencias en cuestión de enfermedades mentales entre hombres y mujeres. Aunque, en función del género sí que se identifican diferencias en cuanto a la distribución de determinados trastornos, presentando las mujeres el doble de riesgo de padecer trastornos de ansiedad, trastornos somáticos y depresión. (Precision Genetics, 2024).

2.3.11.1 ASPECTOS QUE INFLUYEN EN DEPRESIÓN FEMENINA.

Una serie de condicionantes biológicos, psicológicos y sociales, influyen en el desarrollo de la depresión. Algunos de ellos, como los factores genéticos, por ejemplo, son difícilmente modificables; no obstante, otros aspectos sí se pueden abordar y los especialistas consideran que es necesario tenerlos identificados, a fin de poder establecer acciones que permitan cambiarlos.

En el aspecto psicosocial, según los expertos, las diferencias en la asignación de roles entre géneros, en nuestro contexto cultural, tienen un impacto en la distinta vulnerabilidad de los dos sexos a desarrollar depresión. Tradicionalmente en nuestra sociedad, los hombres han estado más enfocados en sus objetivos, tanto profesionales como individuales. En cambio las mujeres han tenido una presión social para responsabilizarse del cuidado de otras personas de su entorno. A modo de ejemplo, la carga de la conciliación sigue recayendo principalmente en las mujeres. Cuando este tipo de cargas es excesivo su impacto en la persona puede tener consecuencias para la salud. (Precision Genetics, 2024).

2.3.11.2 EL CICLO VITAL DE LA MUJER Y LA DEPRESIÓN.

A lo largo de la vida de una mujer, existen diferentes cambios fisiológicos que pueden tener un impacto en la salud mental.

Los cambios a nivel hormonal que ocurren durante la pubertad pueden ser causa de un aumento del riesgo de padecer depresión en algunas mujeres. No obstante, los cambios de humor temporales causados por las variaciones hormonales durante este periodo de la vida son normales y no causan depresión por sí solos. Existen otros factores que durante la pubertad pueden tener un papel en el desarrollo de la depresión en las mujeres, como por ejemplo aspectos relacionados con la identidad y el despertar sexual, conflictos familiares, o la presión para obtener unos buenos resultados académicos, entre otros.

Más del 10% de las mujeres desarrollarán depresión postparto después de dar a luz. Este tipo de depresión está relacionada no solo con las variaciones hormonales que tienen lugar en el puerperio inmediato, sino también con otros factores como complicaciones que se puedan dar durante el embarazo y el parto, la responsabilidad de cuidar al bebé, o la soledad y la falta de apoyo social, entre otros.

El síndrome premenstrual también puede representar un factor determinante en el desarrollo de síntomas depresivos en algunas mujeres. Se ha sugerido que los cambios cíclicos del estrógeno y otras hormonas podrían alterar la función de las sustancias cerebrales que controlan el estado de ánimo; sin embargo, esta interacción aún no está muy clara.

Finalmente, la menopausia también aumenta el riesgo de padecer depresión entre las mujeres en edad adulta, debido a que los niveles hormonales varían de manera irregular durante este período. Entre los cambios que se producen, durante la menopausia, tiene lugar una disminución significativa de los niveles de estrógeno.

No obstante, como en el resto de etapas, no todas las mujeres desarrollarán una depresión, ya que más allá de los cambios naturales que se dan en el organismo, el riesgo de depresión está relacionado con otros factores como la existencia de antecedentes familiares, otros factores ambientales y circunstancias vitales.

(Precision Genetics, 2024).

2.3.12 CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO.

- ❑ Acentuación patológica de rasgos premórbidos.
- ❑ Escasa expresividad de la tristeza.
- ❑ Tendencia al retraimiento y aislamiento.
- ❑ Dificultad para reconocer los síntomas depresivos.
- ❑ Deterioro cognitivo frecuentemente asociado.
- ❑ Expresión en forma de quejas somáticas. Hipocondría
- ❑ Mayor frecuencia de síntomas psicóticos. Delirio
- ❑ trastornos conductuales posibles. Irritabilidad.
- ❑ Presencia de comorbilidad. Pluripatología.
- ❑ Enfermedad cerebrovascular frecuente.
- ❑ Presencia de polifarmacia. (González Molejón, 2018).

2.3.13 FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO EN EL PACIENTE ANCIANO CON DEPRESIÓN.

- ❖ Sexo masculino.
- ❖ Edad avanzada.
- ❖ Raza blanca.
- ❖ Historia de intentos previos.
- ❖ Viudedad reciente.
- ❖ Presencia de planes o actuaciones concretas (modificación de testamentos.
- ❖ Consumo abusivo de alcohol u otras sustancias.
- ❖ Enfermedades somáticas crónicas y discapacitantes, especialmente si existe dolor.
- ❖ Rasgos anómalos de personalidad (impulsividad, introversión).
- ❖ Soporte social deficiente (soledad).
- ❖ Presencia de síntomas: insomnio marcado, agitación psicomotriz, ideación

delirante, desesperanza.

- ❖ Limitación funcional. (González Molejón, 2018).

2.3.14 ESCALAS DE VALORACIÓN EN EL ANCIANO DEPRESIVO.

El diagnóstico de depresión es eminentemente clínico; se puede realizar a través de la entrevista, insistiendo en acontecimientos vitales desencadenantes, y la observación de detalles, como la forma de caminar, actitud, aspecto, aseo y tono de voz del anciano. Los criterios DSM-IV se desarrollaron utilizando sujetos jóvenes y no siempre son aplicables a personas mayores. Es más frecuente la presentación en el anciano con síntomas somáticos, como pérdida de peso e irritabilidad, ansiedad o deterioro en la capacidad funcional en lugar de humor triste y astenia.

En los trastornos depresivos se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen una pretensión diagnóstica, que deberá realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica. Las escalas heteroevaluadas son aquellas en las que el evaluador pregunta sobre cada uno de los ítems y los evalúa. Deben cumplimentarse tras realizar la entrevista clínica y precisan unos niveles elevados de formación y experiencia. Las escalas autoevaluables o cuestionarios pueden ser leídas por el entrevistador o por el propio paciente, pero es éste último el que elige cuál de los ítems refleja mejor su estado. (González Molejón, 2018).

2.3.14.1 ESCALAS DE VALORACIÓN.

1) Escala de depresión geriátrica-Test de Yesavage.

Se trata de un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas

mayores de 65 años. Existen dos versiones:

Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos.

2) La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS):

Es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23

3) Escala de Goldberg.

Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 items iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 items que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 . (González Molejón, 2018).

2.3.15 CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO.

(González Molejón, 2018) señala a la enfermería, como responsable de la estructuración del conocimiento de las respuestas humanas a los problemas de salud, tiene como objetivo proporcionar a cada uno las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él. La enfermera para describir y desarrollar un plan de cuidados basado científicamente, y con confianza, utiliza la identificación de diagnósticos de enfermería.

El deterioro cognoscitivo conlleva a la dependencia funcional, situación que representa un desafío para los profesionales de enfermería; quienes buscan estrategias educativas y de tratamiento para ayudar a las familias y a los adultos

mayores, para que sean participantes activos de la sociedad.

El diagnóstico de enfermería es una forma de expresar las necesidades de cuidados que son identificadas en los ancianos que cuidamos, o sea, es el juicio clínico de la enfermera sobre la necesidad de una intervención de enfermería.

2.3.16 MARCO LEGAL.

(Gamboa Montejano, 2017) menciona que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a las personas adultas mayores, éstas se encuentran protegidas por la Carta Magna a través de todos los derechos contenidos y reconocidos en la misma, así como por los ordenamientos jurídicos que de ella derivan y por los instrumentos de carácter internacional aplicables a la materia y de los que México es parte.

Al respecto, se encuentra que en el párrafo primero del artículo 1 Constitucional se indica que: Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

2.3.16.2 LEY GENERAL DE SALUD

En este ordenamiento se señala que el Sistema Nacional de Salud tiene como objetivos colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente entre otros a ancianos desamparados para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social

(art. 6).

Se contempla como un servicio básico de salud la atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica (art. 27).

Con relación al derecho a la salud, se estipula que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de

conformidad con el artículo cuarto de la Carta Magna, sin importar su condición social. Además, como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas [entre otras] de: geriatría, en el segundo nivel de atención. (Art. 77 bis 1). (Gamboa Montejano, 2017).

2.4 MARCO CONCEPTUAL

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Según García Conde (2004) se dice que una persona es hipertensa cuando permanentemente presenta una TA por encima de los valores considerados normales. La hipertensión arterial se clasifica de enfermedad, pero traduce una alteración de la hemostasia circulatoria. Es también un signo de la exploración que acompaña a muchas otras enfermedades.

DEPRESIÓN: Según IMSS (2016) define a la depresión como una enfermedad que puede afectar a cualquier persona y se manifiesta por cambios en el estado de ánimo, en el comportamiento, en los sentimientos y en la forma de pensar. Estos cambios son continuos y duran más de dos semanas.

ADULTO MAYOR: Según Reyes (2018) la Organización de las Naciones Unidas (ONU), considera anciano o adulto mayor a toda persona mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años a personas en países en vías de desarrollo como el nuestro.

DIABETES: Según Gobierno de México (2021) la diabetes es una enfermedad crónica caracterizada por mantener elevados los niveles de azúcar (glucosa) en sangre, esto, asociado a la deficiencia de insulina, afecta al corazón, ojos, riñones y sistema nervioso. Es una enfermedad que no respeta género, edad ni siquiera estatus social, muchas personas la padecen sin saberlo, incluso, ha llegado

convertirse en una emergencia sanitaria.

AISLAMIENTO SOCIAL: Según La Mente es Maravillosa (2022) se presenta cuando una persona se aleja totalmente de su entorno de manera involuntaria aunque pueda pensarse lo contrario. Esta condición se da en personas de todas las edades. Puede ser una consecuencia de hechos traumáticos de su historia, como haber sido víctima de bullying o como parte de alguna condición médica, como la depresión.

ENVEJECIMIENTO: Según Queralt, M. (2021) define el envejecimiento como las transformaciones físicas, metabólicas, mentales y funcionales que se producen a lo largo del tiempo, que comportan una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios del entorno, y una mayor dificultad para mantener estable el medio interno. Esto lleva a un aumento de la vulnerabilidad y de la fragilidad. Este proceso es continuo, irreversible e inevitable, de manera que al final llega la muerte.

ENFERMEDAD: Según Sanitas (2023) la enfermedad es considerada como cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando la causa se desconoce, casi siempre se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran.

TRATAMIENTO: Según Clínica Universitaria de Navarra (2024) se refiere al conjunto de medidas y estrategias que tienen como objetivo principal curar, aliviar o prevenir enfermedades, afecciones o síntomas en un paciente.

CAPÍTULO III

*“Temía hacerme viejo, hasta que
comprendí que ganaba sabiduría día
a día”.*

Ernest Hemingway.

3. DISEÑO METODOLÓGICO.

(Torres, 2010) describe: La metodología de investigación embarca información sobre el tema, para obtener evidencias mediante el tipo de tema de investigación y así asegurar que los resultados son fiables, la metodología de investigación también puede entenderse como el conjunto de procedimiento y métodos durante el desarrollo de la investigación.

3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN

La investigación “Depresión en Pacientes Geriátricos con Enfermedades Crónicas y Desapego al Tratamiento” es abordada por que se pretende llevar a la práctica usando recursos como las encuestas y haciendo folletos sobre la importancia del acompañamiento para conocer qué porcentaje del grupo de adultos mayores padece o es propenso a padecer depresión y porque estos dejan el tratamiento.

3.1.1 INVESTIGACION PURA

(Vargas Cordero, Zoila Rosa, 2009) señala: La investigación pura es el tipo de investigación orientada hacia el entendimiento de los principios básicos detrás de la operación del mundo. Su propósito principal de satisfacer la curiosidad o proveer respuestas a una curiosidad o proveer respuestas a una curiosidad científica. El propósito de la investigación pura es incrementar las bases del conocimiento científico. Este tipo de investigación son exclusivamente teóricas, ya que solo buscan mejorar el entendimiento humano sobre ciertos fenómenos o

un comportamiento en particular.

3.1.2 LA INVESTIGACION APLICADA

La investigación aplicada recibe el nombre de “investigación práctica o empírica”, que se caracteriza por que busca la aplicación o utilizando de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación. El uso del conocimiento y los resultados de investigación que da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad (Vargas Cordero, Zoila Rosa, 2009).

3.2 TIPOS DE ESTUDIO

Según el nivel de conocimiento científico (observación, descripción, explicación) al que espera llegar el investigador, se debe formular el tipo de estudio, es decir de acuerdo al tipo de información que espera obtener, así como el nivel de análisis que deberá realizar.

La investigación es de tipo correlacional ya que relacionamos dos variables: La Depresión en Pacientes Geriátricos con Enfermedades Crónicas y Desapego al Tratamiento en el Centro de Salud Carlos Roviroso. La investigación también es descriptiva ya que van a especificar los factores que contribuyen a la depresión y el desapego al tratamiento.

3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL

Se da a conocer que el investigador pretende visualizar cómo se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí, o si por el contrario no existe relación entre ellos. Uno de los principales de estos estudios que se menciona es saber cómo se puede comportar una variable conociendo el comportamiento de otra variable relacionada, es decir, se evalúan el grado de relación entre dos o más variables

de dicha investigación el cómo entrelazan las variables dentro de la investigación.
(Hidalgo, 2005)

3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO

(Hidalgo, 2005) Describe que los estudios descriptivos sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes que estén en su alrededor. Permiten detallar el fenómeno estudiado a través de la medición de uno o más de sus atributos es decir la herramienta con la que se está recabando la información.

Menciona que el conocimiento será de mayor profundidad que el exploratorio, el propósito de este es la delimitación de los hechos que conforman el problema de investigación, como:

1. Establecer las características demográficas de las unidades investigadas (número de población, distribución por edades, nivel de educación, etc.).
2. Identificar formas de conducta, actitudes de las personas que se encuentran en el universo de investigación (comportamientos sociales, preferencias, etc.)
3. Establecer comportamientos concretos.
4. Descubrir y comprobar la posible asociación de las variables de investigación.

3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO

(Hidalgo, 2005) Menciona: Buscan encontrar las razones o causas que ocasionan ciertos fenómenos o en su momento ocasionaron dicho problema. Su objetivo último es explicar por qué, como ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste.

“Están orientados a la comprobación de hipótesis causales de tercer grado; esto es, identificación y análisis de las causales (variables independientes) y sus resultados, los que se expresan en hechos verificables (variables dependientes).”

3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO

La investigación exploratoria es un tipo de investigación utilizada para estudiar

un problema que no está claramente definido, por lo que se lleva a cabo para comprenderlo mejor, pero sin proporcionar resultados concluyentes. (Bernal, 2010).

3.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

La investigación en estudio es de campo porque se realizará en el Centro de Salud Carlos Roviroza ubicada en Cunduacán, Tabasco. Asimismo la investigación es documental ya que se hizo uso de bibliografía de libros y documentos digitales de autores conocidos.

3.3.1 INVESTIGACION DOCUMENTAL

(Morales, 2003) La investigación documental se dice que es una de las técnicas de la investigación cualitativa que se encarga de recolectar, recopilar y seleccionar información de las lecturas de documentos, revistas, libros, grabaciones, filmaciones, periódicos, artículos resultados de investigaciones, memorias de eventos, entre otros, que ya se tiene un relato de dicha investigación ; en ella la observación está presente en el análisis de datos, su identificación, selección y articulación con el objeto de estudio.

3.3.2 INVESTIGACIÓN DE CAMPO

(Jiménez Colina, Yoselis Norvelis, Suárez Porrillo, Marielys del Valle. , 2014) Dice que:

La investigación de campo consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar las variables que dé estén sean tomadas es decir se describe tal cual nos brindan la información requerida para dicha investigación. Estudia los fenómenos sociales en su ambiente natural. El investigador no manipula las variables debido a que esto hace perder la validación en el cual se manifiesta dicha investigación.

3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente tema “Depresión en Pacientes Geriátricos con Enfermedades Crónicas y Desapego al Tratamiento” es una investigación de tipo no experimental, que se aplicara de manera transversal debido a que se estudiara solo una vez.

3.4.1 INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL

(Galarza, 2021) Se describe que la investigación experimental se caracteriza por la manipulación intencionada de la variable independiente que están llegan a recolectar y el análisis de su impacto sobre una variable dependiente. Podemos decir que la investigación experimental se hace para controlar el aumento o disminución de esas variables y su efecto en las conductas observadas.

3.4.2 INVESTIGACION NO EXPERIMENTAL

(Galarza, 2021) Menciona que la investigación no experimental es el tipo de investigación que carece de una variable independiente. En cambio, el investigador observa el contexto en el que se desarrolla el fenómeno y lo analiza para obtener información es decir describe lo que la ve ante un fenómeno sobre la idea que él se hace ante dicha investigación.

A diferencia de la investigación experimental, donde las variables se mantienen constantes, la investigación no experimental se realiza cuando, durante el estudio, el investigador no puede controlar, manipular o alterar a los sujetos, sino que se basa en la interpretación o las observaciones para llegar a una conclusión.

3.4.2.1 INVESTIGACION TRANSVERSAL

(Morales F. c., 2020) menciona: Recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

3.4.2.2 INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL

(Galino, 2020) Define como aquella que se lleva a cabo a través de mediciones continuas o repetidas, para perspectivas estadísticas y que desde las perspectivas epidemiológicas la investigación longitudinal va en función de cohortes.

3.5 ENFOQUES

Referente al enfoque de investigación es el punto de vista donde se observa el tema en la cual se piensa obtener un resultado con base a diseñar o elegir los instrumentos que servirá para la recolección de datos.

La investigación es basada a enfoque mixto debido a la combinación al enfoque cuantitativo con el cualitativo.

3.5.1 ENFOQUE CUALITATIVO

(Carlos Leonel Escudero Sanchez, Liliana Alexsandra Cortes Suarez, 2018) Dice que:

Es aquella investigación que recaba información no cuantificable, basada en la observación de las conductas para su posterior interpretación. Su propósito de la descripción de las cualidades de hecho y fenómeno. Las investigaciones cualitativas se interesan por acceder a la experiencia interacciones y documentos en su contexto natural.

3.5.1 ENFOQUE CUANTITATIVA

(Carlos Leonel Escudero Sanchez, Liliana Alexsandra Cortes Suarez, 2018)

Es aquella investigación en la se realiza un análisis y estudia de la realidad objetiva mediante el establecimiento de mediciones y valoraciones numéricas que permiten recabar datos fiables, con el propósito de buscar explicaciones contrastada y generalizadas, fundamentadas en el campo de la estadística.

3.5.2 ENFOQUE MIXTO

(Pereira Pérez, 2011) Menciona que: Se dice entonces que el enfoque mixto se puede denominar como una combinación de en una misma etapa o fase de investigación, tanto métodos cuantitativos, como cualitativos.

3.6 UNIVERSO O POBLACIÓN

La población en estudio corresponde a un grupo de adultos mayores con enfermedades crónicas, es decir, diabetes e hipertensión en el Centro de Salud en Cunduacán, Tabasco.

3.6.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

El Centro de Salud Carlos Roviroza se encuentra ubicado en el poblado Carlos Roviroza en el municipio de Macuspana, Tabasco.

3.7 MUESTRA

(Carlos Leonel Escudero Sánchez, Liliana Alexsandra Cortes Suarez, 2018)

“Se refiere al universo, conjunto o totalidad de elementos sobre los que se investiga o hacen estudios. Muestra es una parte o subconjunto de elementos que se seleccionan previamente de una población para realizar un estudio.”

La muestra de investigación son un grupo de adultos mayores conformado por 11 mujeres y 5 hombres con un total de 16 personas.

3.7.1 TIPOS DE MUESTREO

(Roberto Hernández Sampiri, Carlos Fernández Collado, 2010) Menciona que una alternativa a los censos será la medición a través de las variables en una parte de la población, es decir, en una muestra. Trabajar con una muestra de la población podría notarse que se tiene la ventaja de que sea más rápido dicho muestreo y que los resultados obtenidos pueden precisos, de modo que, si la muestra se elige correctamente, la información que obtendría permitiría una estimación razonable de la muestra de dicho fenómeno.

3.7.1.1 PROBABILÍSTICO

(Roberto Hernández Sampiri, Carlos Fernández Collado, 2010) Menciona que: Todos los elementos tienen la misma probabilidad de ser elegidos. Los individuos que formarán parte de la muestra se elegirán al azar mediante números aleatorios. Existen varios métodos para obtener números aleatorios, los más frecuentes son la utilización de tablas de números aleatorios o generarlos por ordenador

3.7.1.1.1 ALEATORIO SIMPLE

(Roberto Hernández Sampiri, Carlos Fernández Collado, 2010) Dice que: Consiste en extraer todos los individuos al azar de una lista (marco de la encuesta). En la práctica, a menos que se trate de poblaciones pequeñas o de estructura muy simple, es difícil de llevar a cabo de forma eficaz.

3.7.1.1.2 ESTRATIFICADO

(Roberto Hernández Sampiri, Carlos Fernández Collado, 2010) Describe que se elige el primer individuo al azar y el resto viene condicionado por aquél. Este método es muy simple de aplicar en la práctica y tiene la ventaja de que no hace falta disponer de un marco de encuesta elaborado.

3.7.1.1.3 SISTEMATICO

(Roberto Hernández Sampiri, Carlos Fernández Collado, 2010) Describe: Describe que se elige el primer individuo al azar y el resto viene condicionado por aquél. Este método es muy simple de aplicar en la práctica y tiene la ventaja de que no hace falta disponer de un marco de encuesta elaborado.

3.7.1.1.4 POR CONCLOMERADO

(Roberto Hernández Sampiri, Carlos Fernández Collado, 2010) describe:

Se divide la población en varios grupos de características parecidas entre ellos y luego se analizan completamente algunos de los grupos, descartando los demás. Dentro de cada conglomerado existe una variación importante, pero los distintos conglomerados son parecidos. Requiere una muestra más grande, pero suele simplificar la recogida de muestras. Frecuentemente los conglomerados se aplican a zonas geográficas.

3.7.1.2 MUESTREO POR CONVENIENCIA

(Bernal, 2010) Describe: La muestra se elige de acuerdo con la conveniencia de investigador, le permite elegir de manera arbitraria cuántos participantes puede haber en el estudio.

3.7.1.2.1 MUESTREO POR CUOTAS

(Bernal, 2010) Describe: Tiene semejanzas con el muestreo aleatorio estratificado, pero no tiene la aleatoriedad en su método. Se basa en formar grupos o estratos de individuos con determinadas características, ocupación. Se fijan las cuotas que consisten en el número de individuos que reúnen las condiciones para que de alguna forma representen a la población de la que se originan. Se necesita un buen conocimiento de los estratos de la población en busca de los sujetos más representativos para los fines de la investigación.

3.7.2.2 ACCIDENTE O BOLA DE NIEVE

(Bernal, 2010) Describe: Se usa en grupos de difícil acceso y se basa en encontrar un individuo de esta población; que este pueda referir a otros y estos a otros, de forma sucesiva, hasta obtener la muestra determinada en el diseño metodológico y Sirve para localizar individuos con determinadas características.

3.8 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El instrumento de aplicación es un cuestionario de 10 preguntas de las cuales algunas son preguntas abiertas y cerradas con el propósito de obtener datos de parte de los encuestados.

3.8.1 OBSERVACIÓN

Es una técnica que consiste en observar el fenómeno, hecho o evento y obtener información y registrarla para su posterior análisis. La observación es un elemento esencial de todo proceso de investigación o de conocimientos; en el que se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos posibles.

3.8.2 ENCUESTA

Definimos las técnicas de encuesta como aquel conjunto de procedimientos que basan la recogida de información en un proceso de interacción entre entrevistador y entrevistado mediante un interrogatorio asimétrico a favor del primero, y más o menos estandarizado según el grado de estructuración del proceso.

3.9 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.9.1 CUESTIONARIO

A continuación, se presentará el modelo de cuestionario que se aplicara a nuestra muestra, el cual se llevara a cabo en el Centro de Salud Carlos Roviroza en Cunduacán, Tabasco con una cantidad de 16 adultos mayores que se encontraron en un grupo que acude a dicho Centro de Salud.

CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

FECHA DE CUESTIONARIO:

EDAD:

SEXO:

INSTRUCCIONES: Te pedimos cordialmente que nos apoyes a contestar las siguientes preguntas. Hacemos de tu conocimiento que la información obtenida será tratada con respeto y confidencialidad.

1. De las siguientes enfermedades crónicas degenerativas subraye cual le ha sido diagnosticada por un profesional de la salud.

- a) Diabetes Mellitus
- b) Hipertensión Arterial
- c) Dislipidemias (triglicéridos, colesterol)
- d) Cáncer
- e) Obesidad

2. ¿Con qué frecuencia toma sus medicamentos de acuerdo al horario y dosis establecidos por su médico?

- a) Todos los días en el horario que el medico señala
- b) Cada dos días
- c) Tres veces a la semana
- d) Casi nunca porque se me olvida
- e) No lo tomo porque no me hace sentirme bien.

3. En general, ¿está satisfecho con su vida?

- a) Si
- b) No

4. ¿Siente que su vida está vacía?

- a) Si
- b) No

5. Durante la última semana ¿cuántas veces se ha encontrado de buen humor?

- a) Todos los días
- b) 3 veces a la semana
- c) 2 veces a la semana
- d) 1 vez a la semana
- e) Ningún día

6. ¿Con que frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a) por su familia?

- a) Siempre
- b) Rara vez
- c) Nunca

7. En la última semana cuántas veces ha llorado, por sentirse solo.

- a) Todos los días
- b) Tres veces a la semana
- c) Una vez a la semana
- d) Ninguno

8. ¿Cuándo se siente triste, cuáles serían los factores que influyen para estarlo?

9. ¿piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?

- a) Si
 - b) No
- ¿Por qué?

10. ¿Cómo te sientes en relación con tu enfermedad?

CAPÍTULO IV
4. RESULTADOS
4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO
METODOLOGICO

4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

SUGERENCIAS

PROPUESTA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>

INEGI. (25 de Septiembre de 2014). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Aguascalientes, Aguascalientes, México.

Medina Chávez, J. H., Cantú Cantú, Y. M., Rivera Díaz, M., Bello Campoy, J., & Pérez Romero, F. R. (2011). Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México, D.F, México.

Organización Mundial de la Salud. (2006). Trastornos neurológicos desafíos para la salud pública. Recuperado de <http://www.opsecu.org/jspui/bitstream/123456789/1085/1/1085.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. (2011). ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?. Recuperado de <http://www.who.int/features/ga/42/es/index.html>.

Secretaría de Salud. (2001). Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México: Autor.

Aguilar, S. y AACUTE; Vila, A. (2006). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Revista de Salud Pública en México, 43(2), 141-148. Recuperado de www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf.

Carmona, S. (2016). Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León. Población y Salud en Mesoamérica, 13(2), 1-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v13i2.21747>

Alarcón, R. y García, L. (2003). Trastornos depresivos en poblaciones ancianas en el departamento de Risaralda. Tipos de trastornos y factores de riesgo individuales y socio-familiares. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica, 17(3), 506-517.

Rojas. (2006). catarina.udlap. Obtenido de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/capitulo3.pdf

Mackinnon, & Michels. (1971). docplayer.es. Obtenido de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/capitulo3.pdf

Athanassakis, A. N. (2004). Hesiod: Theogony, Works and Days, Shield. Baltimore, Estados Unidos: Johns Hopkins University Press.

Alby, J. C. (2004). La concepción antropológica de la medicina hipocrática. Enfoques, 16(1), 5-29.

y Aguado, M. C. (1818). Aforismos de Hipócrates. Madrid, España: Imprenta de Repullés.

- de Cos, H. (2007). Sobre Aires, Aguas y Lugares. Revista Salud, Historia Y Sanidad On-Line, 2(1), 1-25. Recuperado de: <http://revistas.uptc.edu.co/index.php/shs/article/view/1806/1801>
- Stelmack, R. M., & Stalikas, A. (1991). Galen and the humour theory of temperament. *Personality and Individual Differences*, 12(3), 255-263.
- Davison, K. (2006). Historical aspects of mood disorders. *Psychiatry*, 5(4), 115-118.
- Berrios, G. E. (1988). Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. *British Journal of Psychiatry*, 153(3), 298-304.
- Jackson, S. W. (1981). Acedia the sin and its relationship to sorrow and melancholia in medieval times. *Bulletin of the History of Medicine*, 55(2), 172-185.
- Greenberg, G. (2010). *Manufacturing depression: The secret history of a modern disease*. New York, Estados Unidos: Simon and Schuster.
- Meyer, A. (1908). The problems of mental reaction-type, mental causes and diseases. *Psychological Bulletin*, 5(8), 245-261. Recuperado <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/5e090760-3cec-423b-a8fd-80c60851992f/content>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Alegría Guerra, A. M. (2018). *Factores de riesgo que se asocian a la depresión en el adulto mayor*. Recuperado el 07 de junio del 2024 de
- Maciel Moronos C.G (2019) *“Frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 con complicaciones agudas que ingresan a urgencias de un hospital general y su relación con el desapego al tratamiento”*. Recuperado el 07 de junio del 2024 de <https://www.nia.nih.gov/espanol/depresion/personas-mayores-depresion>
- García Conde, J. (2004). *Patología general, semiología clínica y fisiopatología*. (2da ed.). Mc Graw Hill. Pág. 164-165.
- Precision Genetics (2024). Recuperado el 12 de junio del 2024 de <https://neuropharmagen.com/es/mujeres-propensas-depresion/>
- González Molejón J, A. (2018) *La depresión en el anciano*. Recuperado el 13 de Junio del 2024 de <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
- Gamboa Montejano, C. (2017). Subdirección de Análisis de Política Interior. Recuperado el 13 de Junio del 2024 de <https://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-11-17.pdf>

- Reyes, R. (2018). Adulto mayor significado. Recuperado el 16 de Junio del 2024 de <http://www.adultomayorinteligente.com/significado-de-adulto-mayor/>
- Gobierno de México (2021). Diabetes en México. Recuperado el 16 de Junio del 2024 de <https://www.gob.mx/promosalud/acciones-y-programas/diabetes-en-mexico-284509>
- La Mente es Maravillosa (2022). El aislamiento social. Recuperado el 16 de Junio del 2024 de <https://lamenteesmaravillosa.com/el-aislamiento-social/>
- Queralt, M. (2021). ¿Qué es el envejecimiento? Recuperado el 16 de Junio del 2024 de <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/cambios-en-la-vejez/definicion-de-envejecimiento/>
- Torres, c. A. (2010). Metodología de la investigación. Colombia: metodología de la investigación. Tercera edición.
- Vargas Cordero, Zoila Rosa. (2009). revista educación. Investigación aplicada, 159.
- Hidalgo, I. I. (2005). Tipos de estudio y métodos de investigación. Artículos, 1-10.
- Bernal, C. A. (2010). Metodología de la investigación. México: Orlando Fernández Palma.
- Morales, O. A. (2003). Google Academico . Obtenido de <http://www.webdelprofesor.ula.ve/odontologia/oscarula/publicaciones/articulo18.pdf>
- Jiménez Colina, Yoselis Norvelis, Suárez Porrillo, Marielys del Valle. . (26 de julio de 2014). Obtenido de <http://ujgh.edu.ve/wp-content/uploads/2021/03/IJIP-27.pdf>
- Galarza, c. r. (enero de 2021). Dialnet. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7890336>
- Morales, F. c. (1 de Octubre de 2020). Economipedia. Obtenido de <https://economipedia.com/definiciones/estudio-transversal.html>
- Galino, M. (10 de diciembre de 2020). Triunfo salud. Obtenido de <https://www.tuinfosalud.com/articulos/investigacion-longitudinal/>
- Carlos Leonel Escudero Sánchez, Liliana Alexsandra Cortes Suarez. (2018). Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica. Ecuador: UTMACH, 2018.
- Pereira Pérez, Z. (2011). Revista Electrónica Educare. Educare, 16.
- Carlos Leonel Escudero Sánchez, Liliana Alexsandra Cortes Suarez. (2018). Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica. Ecuador: UTMACH, 2018.
- Roberto Hernández Sampiri, Carlos Fernández Collado. (2010). metodología de la investigación. México: Jesús Mares Chacón.
- Sanitas. (2023). Qué es una enfermedad. Recuperado el 17 de Junio del 2024 de

<https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/prevencion-salud/cuidados-y-primeros-auxilios/que-es-una-enfermedad>

Clínica Universidad de Navarra. (2024). ¿Qué es un tratamiento? Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tratamiento>

ANEXOS

