



UDS (Universidad del Sureste).

LEN-Licenciatura en Enfermería.

Tesis titulada: Depresión en Pacientes Geriátricos  
con Enfermedades Crónicas: en el Centro de Salud  
Carlos Rovirosa, en Cunduacán, Tabasco.

Nombre de los alumnos: Xóchitl Concepción Pérez

Almeida.

PASIÓN POR EDUCAR

Yuliana Cristell Jiménez Esteban.

Francisco de la Cruz Hernández.

Grupo: LEN10SSC0521-A

Fecha de entrega: 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: 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.

#### 1.4 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.

La depresión se caracteriza por el sentir de una tristeza profunda que en ocasiones puede persistir durante todo el día o por momentos (por cosas que lo desencadenen).

## 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 Rovirosa.

## 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 TEÓRCIO

### 2.3.1 ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD.

Envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, pero se sabe que los ansíanos 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.

### 2.3.2 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.

### 2.3.3 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.

### 2.3.4 SENTIMIENTOS Y MANIFESTACIONES FRECUENTES

- ♣ Estado de ánimo abatido, como sentimientos de tristeza.
- ♣ Llanto, que puede ser espontáneo, o sin causa aparente.
- ♣ Pérdida de placer o gusto por las cosas que le satisfacían.
- ♣ Pensamientos negativos hacia sí mismo, como: "no sirvo para nada"; "todo me sale mal"; "lo que me pasa no tiene solución".
- ♣ Alteraciones del sueño, como insomnio, o presentar mucho sueño.
- ♣ Alteraciones del apetito, puede perderse o aumentar.

### 2.3.5 TIPOS DE DEPRESIÓN

- ♣ Depresión leve: Presenta baja del estado de ánimo y dos o tres manifestaciones más, como fatiga, alteraciones del sueño, del apetito, de la atención o concentración. Pero no afecta sus actividades de la vida diaria.

Depresión moderada: Presenta baja del estado de ánimo de forma importante, asociado a llanto fácil, agotamiento, molestias físicas, alteraciones del sueño, del apetito.

Pensamientos de que "no vale nada", "todo le sale mal", aislamiento familiar

## 2.4 MARCO CONCEPTUAL

### 3. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN

#### 3.2 TIPOS DE ESTUDIO

### 3.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

### 3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.5 ENFOQUES



## 3.6 UNIVERSO O POBLACIÓN

### 3.6.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

### 3.7 MUESTRA

### 3.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

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/depresion-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/qa/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](http://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 Geriatria, 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](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](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 Claudia.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

ANEXOS