

REGISTRO No. 2009-1306-21

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 21/ UMF 168
TEPATITLÁN DE MORELOS, JALISCO

**“BAJO NIVEL DE SATISFACCIÓN DE VIDA EN EL
ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA ESPERANZA PLASCENCIA OCHOA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A U T O R I Z A C I O N E S :

DRA. ALMA ROCÍO DEL PILAR CRUZ LÓPEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 21/ UMF 168
TEPATITLÁN DE MORELOS, JALISCO

DR. JOSÉ MARÍA CABEZAS CASTELLANOS
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
MEDICO INTERNISTA
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

DR. RAÚL GUILLEN ORTIZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. ALBERTO CHAPARRO TORRES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 21
TEPATITLÁN DE MOREJOS, JALISCO

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

TEPATITLÁN DE MORELOS, JALISCO

2009

TITULO

**“BAJO NIVEL DE SATISFACCION DE VIDA EN EL
ADULTO MAYOR CON DEPRESION”**

INDICE GENERAL.

MARCO TEÓRICO.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACIÓN... ..	15
OBJETIVOS.....	18
HIPOTESIS.....	18
METODOLOGIA.....	20
TIPO DE ESTUDIO.....	20
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	20
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	22
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	23
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	23
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	23
INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR).....	24
METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN.....	29
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	34
RESULTADOS.....	35
TABLAS (CUADROS) Y GRÁFICAS.....	38
DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXO 1. TABLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	59
ANEXO 3. ESCALA DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE.....	60
ANEXO 4. ESCALA DE SATISFACCION DE VIDA FILADELFIA.....	62
ANEXO 5. ESCALA PARA DETERMINAR DETERIORO COGNITIVO MMSE.....	63
ANEXO 6. PIRAMIDE POBLACIONAL 2008, ARANDAS, JALISCO.....	65

MARCO TEÓRICO

Hay cada día más viejos en el mundo. El progreso socioeconómico actual ha provocado una transición epidemiológica que en lo demográfico se caracteriza por un aumento en el número de **personas de más de 60 años** o **adultos mayores**. Este triunfo [demográfico](#) y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XXI significan que el número de, que era de alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2.000 millones en el 2050. Actualmente el 9% de la población de América Latina tiene 60 años o más. Se estima que para el 2050, 1 de cada 5 latinoamericanos tendrá esa edad. (ONU- 2010)

Según la [OMS](#), en el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años, y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años más. En Asia y América Latina, la proporción del grupo clasificado como **adultos mayores** aumentará del 8% al 15% entre 1998 y 2025. (Muñoz, 2005)

El aumento de la [esperanza de vida](#), la reducción progresiva de la [mortalidad](#), junto a la disminución de las [tasas de fecundidad](#), están provocando la inversión de las [pirámides poblacionales](#). **En México**, esta alteración en la pirámide demográfica ha repercutido en el perfil epidemiológico, lo que ha obligado a reestructurar los [sistemas de salud](#). (Zúñiga, 2005)

Este aumento en el número de población adulta mayor determina, una indiscutible relevancia de enfermedades que son características de la llamada tercera edad y representa **un reto para los sistemas de salud**. (*Reyes-Frausto, 2001*)

En esta etapa involutiva encontramos el terreno propicio para que sean más frecuentes las lesiones invalidantes y el deterioro progresivo, que asociados a circunstancias sociales o familiares adversas desencadenen trastornos psiquiátricos como la **depresión**. (*Castro-Lizárraga, 2006*)

La depresión es un estado de ánimo caracterizado por sentimientos tales como: tristeza, indiferencia, soledad y pesimismo, afecta todo el cuerpo, su estado de ánimo y sus pensamientos; afecta la forma en que el paciente come y duerme, lo que opina de sí mismo, su concepto de la vida y su comportamiento general. (*Santander-Toro, 2000*)

Resulta altamente polémico el asunto de que si la vejez condiciona la **depresión** que muchos ancianos padecen o si es un fenómeno social que subyace detrás de esta enfermedad. Lo que se reporta es que los **adultos mayores** tienen mayores limitaciones con la edad y esto los hace vulnerables a sufrir múltiples lesiones con repercusiones físicas y emocionales. (*Ruelas-González, 2008*)

La depresión es una de las problemáticas de salud que aumentara conforme la población mundial envejezca. Aunque puede afectar a cualquiera, independientemente de la edad, raza, clase social o género, el pico poblacional de pacientes deprimidos parece estar desplazándose hacia la mujer y **el adulto**. (*Unützer, 2007*).

Se estima que en el año 2020, **la depresión** será la segunda causa de perdida de años de **vida saludable** y la primera en países desarrollados. Existe actualmente un sub-diagnostico que retrasa el inicio del tratamiento , lo que impacta negativamente en el bienestar de los individuos, en la Salud Pública y en los costos directos e indirecto de los servicios sanitarios. (*Espinoza-Aguilar, 2007*).

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en **adultos mayores**; su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20 % en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40 % en la hospitalizada. (*Real-Fortuny, 2008*)

La depresión predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13 % por año; se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas de suicidio (*Drazen, 2003*).

Aproximadamente en 60 % de los pacientes **la depresión** coexiste con ansiedad. En el adulto mayor puede confundirse con enfermedades como hipotiroidismo y deficiencia vitamínica (de ácido fólico y vitamina B12). Hay enfermedades que se asocian con depresión, como hipotiroidismo (50 %), infarto del miocardio (45 %), diabetes (8-28 %), Alzheimer (60 %) y enfermedad vascular cerebral (26-50 %).

(Galindo-Villa, 2004)

La severidad de **la depresión** en los ancianos puede estar estrechamente asociada con su **capacidad funcional** o la habilidad para desarrollar sus actividades normales en su entorno. En un estudio realizado en adultos que hacían rehabilitación, casi la mitad estaban deprimidos, pero a medida que mejoraba su capacidad funcional, también mejoraba su estado de ánimo.

(Ávila-Funes, 2007).

Cualquier persona que experimente vivencias negativas acumuladas, enfermedades físicas, la muerte de un ser querido, deterioro funcional, o pérdida de independencia, puede llegar a deprimirse profundamente y los ancianos son los más propensos a estos sucesos. Sin embargo, sólo un 17% de los ancianos deprimidos son tratados adecuadamente debido a que no existe la búsqueda intencionada del médico tratante, especialmente por el **médico familiar** y de **atención de primer nivel**. *(Sanjoaquín-Romero, 2009)*

La vida de cada individuo está formada por un complejo de experiencias. Se habla que la existencia humana tiene dos dimensiones: una objetiva que

involucra los factores socioeconómicos, educacionales, relaciones sociales y salud orgánica, y otra dimensión subjetiva, en la que el individuo hace un balance de su propia vida en base a sus expectativas y logros. Este balance condiciona una **calidad de vida**: concepto multidimensional que incorpora condiciones de bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, tanto objetivas como subjetivas, dentro de las cuales se destacan: factores culturales, **nivel académico**, **apoyo social**, condición económica, calidad ambiental, **deterioro cognitivo**, habilidades funcionales, relaciones interpersonales y el **tipo de familia** en que se desenvuelve. Se hace especial hincapié en **la pareja**, comprobándose que **las personas casadas** viven más, tienen más **satisfacción vital** o de ánimo, mejor salud mental y física, mayores recursos económicos y tasa más baja de ingreso a instituciones. No sólo importa el número de años que se suman, sino como se llega a esa edad. (Martínez-Mendoza, 2007)

Hablar, por tanto, de **calidad de vida**, implica el analizar múltiples factores que la determinan y que, en última instancia conllevan bienestar y salud, entendiendo por ésta, un equilibrio bio-psico-social del individuo. La **calidad de vida**, a su vez, determina un nivel de satisfacción. Existen estudios en nuestro país en que se ha investigado la relación que puede tener la **depresión, la calidad y satisfacción de vida**. (Ruiz-Flores, 2007)

Se entiende como **SATISFACCIÓN DE VIDA** la percepción que un individuo tiene de su lugar en su existencia y entorno, con sus propios objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Esto se ha investigado desde hace unos 30 años en otros países mediante la aplicación de la **ESCALA DE SATISFACCION DE FILADELFIA** (Lawton, 1975). Con este instrumento de medición puede evaluarse de una manera confiable si un individuo tiene un **nivel de satisfacción de vida**: alto, regular o bajo. (*Anexo 4*)

Finalmente, hay reportes sobre la relación que tienen los **adultos mayores** cuando son hospitalizados y están fuera de su entorno familiar habitual, y presentan cambios en su **estado cognitivo**. Esto es de importancia en la evaluación de los **adultos mayores con depresión** y ha sido analizado mediante escalas como la **MINI-MENTAL COGNITIVE STATE** (Folstein, 1975).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es notorio el hecho de que el médico familiar que atiende población derechohabiente en instituciones oficiales como lo es el **IMSS**, enfrenta nuevos retos que plantean los **adultos mayores**. (Reyes-Frausto, 2001)

La mayor sobrevivencia en los grupos etarios condiciona el que se soliciten servicios médicos asistenciales a las **personas que rebasan los 65 años**. (Espinoza-Aguilar, 2007)

La panorámica de salud nos involucra en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas que se presentan con la edad. En este campo tiene importancia el conocer, diagnosticar y, en su caso tratar a primer nivel las manifestaciones neuropsiquiátricas como la **depresión**. (Unützer, 2007)

Los adultos mayores tienen muchos factores que pueden precipitar un cuadro depresivo que amerite atención médica: limitaciones físicas, tipo de familia, asistencia social, deterioro cognitivo, estado civil, estado nutricional, enfermedades concomitantes, etc. Todas estas variables determinarán su **calidad** y su **estado de satisfacción de vida**. (Ruiz-Flores, 2007; Pérez-Martínez. Arcia-Chávez, 2007)

Hay reportes en la literatura sobre la relación causa efecto entre el nivel de **satisfacción de vida** y **manifestaciones depresivas** tanto somáticas como psicósomáticas. (García, 2007)

La detección, valoración y tratamiento de la **depresión en los adultos mayores** en **México** es ya un **problema de salud** y requiere de la implementación de políticas de **Salud Pública** a todos los niveles, tanto en las instituciones privadas como en las públicas; en las metrópolis y en ciudades intermedias o medio rurales. (Belló. 2005)

El médico familiar debe estar capacitado y ser competente para detectar los **problemas depresivos** en el **adulto mayor**, tanto las manifestaciones evidentes como aquellas que están abigarradas o se enmascaran en una lista de quejas y dolencias por las que acuden a la consulta de primer nivel. (Ávila-Funes, 2007)

Es prioritaria la capacitación del **Médico Familiar** para detectar las **manifestaciones depresivas del adulto mayor** de acuerdo a su escolaridad, ocupación, tipo de familia y deterioro cognitivo, porque todos estos factores influyen y determinan su **calidad y satisfacción de vida**.

(Sanjoaquín-Romero, 2009)

En nuestra unidad de medicina familiar, es factible la aplicación de **encuestas rápidas** durante la entrevista médica, para detectar manifestaciones depresivas en los **adultos mayores** que acuden a consulta. (Aguilar, 2007).

Así mismo podemos inferir, mediante encuestas rápidas aplicadas en consultorio, tanto su **deterioro cognitivo** como su **nivel de satisfacción de vida**. (Lawton, 1975, Folstein 1975)

Las preguntas de investigación del presente estudio son:

¿Qué tan frecuente es la depresión como problema de consulta en los adultos mayores que acuden a una clínica de Medicina Familiar como en Arandas, Jalisco?

¿Existe alguna relación de los adultos mayores con depresión y su tipo de ocupación, estado civil, tipo de familia y escolaridad?

¿Cuáles son las enfermedades concomitantes más frecuentes en los adultos mayores con depresión?

¿Hay algún predominio de género en los adultos mayores con depresión?

¿Qué importancia tiene el Asilamiento Social en los adultos mayores con depresión?

¿Cuál es el tipo de satisfacción de vida que presentan los adultos mayores con depresión?

¿Existe una relación entre el bajo nivel de satisfacción de vida y la depresión en el adulto mayor?

JUSTIFICACIÓN

Los Adultos Mayores, en nuestros pueblos, se enfrentan a nuevos retos de su vida

cotidiana. El papel de los individuos de la tercera edad ante los problemas

financieros, de salud, aislamiento social y sus limitaciones, son detonantes para

que presenten alteraciones en el estado de ánimo como un estado de ansiedad y l
depresión. (Muñoz, 2005)

La depresión en el adulto mayor, por tanto, es un problema de Salud Pública tanto

En Latinoamérica como en nuestro medio. En México su prevalencia global es de

9.5 % en mujeres y 5 % en hombres mayores de 60 años. (Belló, 2005)

En una ciudad media como Arandas, Jalisco, que atiende adultos mayores tanto del área urbana como rural, es importante detectar y evaluar los factores de riesgo que presentan los **adultos mayores con depresión y su relación con la calidad y satisfacción de vida**, porque de ello depende su pronta atención y evitar complicaciones de su estado de salud. (Bojórquez-Chapela, 2009)

Esto redundará en beneficio de la población derechohabiente, evitando envíos no justificados a otros niveles de atención médica u hospitalizaciones innecesarias, optimizando así los recursos de salud existentes a primer nivel. (Espinoza-Aguilar, 2007)

La detección y evaluación de la **depresión**, estado cognitivo y **satisfacción de vida de los adultos mayores** puede realizarse, mediante encuestas rápidas, en la consulta de los que acuden a solicitar atención de primer nivel, con un buen índice de confiabilidad. (Aguilar-Navarro, 2007)

El conocer el grado de satisfacción de vida en la población adulta, puede lograr una detección temprana sobre las manifestaciones depresivas, para posteriormente ofrecer en ellos apoyo social; el paciente podría ser beneficiado con un tratamiento oportuno y la implementación de estrategias más adecuadas..

Los datos que aporten estas encuestas rápidas de evaluación nos mostrarán los rasgos vulnerables de nuestros **adultos mayores con depresión y bajo nivel de satisfacción de vida**, de manera que se puedan implementar las políticas de salud que estén al alcance del Médico Familiar, optimizando recursos propios de una clínica de primer nivel de atención. (Ruiz-Flores, 2007)

En la UMF 44 de Arandas, Jalisco, en Junio del 2008 se realizó un estudio piloto para determinar la población de adultos mayores así como identificar las enfermedades concomitantes por las que acuden a consulta de primer nivel. Este estudio inicial demostró que, en esa fecha, la población adscrita de adultos mayores de 65 años, era de 850 personas. Existe un porcentaje mayor de mujeres en relación a varones siendo predominante el género femenino en un 62 %.

Esta primera determinación poblacional se incluyó los principales motivos de consulta siendo la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica y Enfermedad Articular Degenerativa los más frecuentes. Esta muestra no buscó específicamente los trastornos específicos como motivo de consulta. Fue de interés personal investigar si los adultos mayores con múltiples quejas somáticas presentaban un trastorno depresivo como problema de fondo. Esto fue la razón de continuar investigando esta problemática de salud. (Anexo No. 6 Gráficas de Pirámide Poblacional).

OBJETIVO GENERAL

Evaluar si el bajo nivel de satisfacción de vida está asociado en el adulto mayor con depresión

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la población de pacientes adultos mayores con depresión.
2. Identificar a los adultos mayores con depresión y su relación con el género.
3. Determinar la población de adultos mayores con depresión y su relación con su estado civil.
4. Determinar la población de los adultos mayores con depresión en relación con su tipo de ocupación que realizan.
5. Determinar la población de los adultos mayores con depresión y su grado de escolaridad alcanzado.
6. Determinar la población de adultos mayores con depresión y su relación con su tipología familiar.

7. Determinar la población de los adultos mayores con depresión y las enfermedades concomitantes más comunes.
8. Determinar la población de adultos mayores con depresión y su relación con las enfermedades más comunes que padezcan.
9. Determinar la población de pacientes adultos mayores con depresión en relación con un bajo nivel de satisfacción de vida.

HIPÓTESIS

El bajo nivel de satisfacción de vida está asociado en el adulto mayor con depresión

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal analítico.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Adultos mayores

Derechohabientes de la UMF 44,

Arandas, Jalisco.

Marzo a Diciembre del 2009

UNIDADES DE OBSERVACION

- Depresión en el adulto mayor.
- Nivel de satisfacción de vida en el adulto mayor con depresión.
- UMF 44 de Arandas, Jalisco.

CRONOGRAMA

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	TIEMPO					
		2009 MARZ	ABR	MAY- JUL	AGO	SEP- NOV	2009 DIC
Investigadores	Planeación	XX					
Investigadores	Diseño		XX				
Tutor e Investigadores	Revisión Por tutor			XX			
Asesor Metodológico e investigadores	Revisión por asesor metodológico			XX			

JUSTIFICACION DE UN MUESTREO

Considero que el primer paso para la identificación de la población de adultos mayores con depresión debe ser la investigación de las variables que están involucradas en la presentación de este fenómeno y es por eso que el primer estudio metodológico debe ser analítico transversal como primer paso en la determinación de un problema de salud en los adultos mayores.

Queda abierta la posibilidad de efectuar estudios a largo plazo para obtener una muestra más representativa del número de adultos mayores con depresión que acuden a consulta a una unidad de medicina familiar con población mixta urbana y rural. Es también de importancia que un estudio preliminar como el nuestro sirva como punto de partida para elaboración de estudios longitudinales y, en su caso, doble ciego aleatorio, en que se investiguen tratamientos con antidepresivos tricíclicos o inhibidor de recaptura de serotonina.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Dado que no contamos con estudios previos que nos determinen la población de adultos mayores con depresión en la clínica UMF 44 de Arandas, Jalisco es indispensable que se realice un muestreo para determinar las variables involucradas en este fenómeno.

Se calculó el tamaño de muestra se realizó con el programa estadístico Epilnfo 6, para estudios transversales considerando un nivel de confianza al 95%, con un poder estadístico del 80%, con una relación de expuestos y no expuestos de 1:2, esperando una prevalencia de depresión en el adulto mayor del 30%; se obtuvo un tamaño de muestra de 13 pacientes para el grupo de casos, y de 26 para los controles; aumentando el tamaño de muestra a 15 y 30 pacientes respectivamente.

La muestra de este estudio es no probabilística, por conveniencia.

.CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1) Pacientes de ambos géneros, de 65 años y más.
- 2) Derechohabientes de la unidad de Medicina Familiar No. 44 de Arandas, Jalisco.
- 3) Con autorización escrita, mediante consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1) Pacientes que vivan un duelo.
- 2) Pacientes con deterioro cognitivo o enfermedad mental asociada.
- 3) Pacientes con más de una enfermedad concomitante.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1) Pacientes que contesten de manera incompleta algún cuestionario.
- 2) Pacientes que no acepten formato de consentimiento informado.
- 3) Pacientes en tratamiento con antidepresivos.
- 4)

VARIBLES E INFORMACIÓN A RECOLECTAR

VARIABLE DEPENDIENTE

- 1) Nivel de Satisfacción de Vida

VARIABLE INDEPENDIENTE

- 1) Depresión del adulto Mayor

VARIABLES INTERVINIENTES

- 1) Genero
- 2) Edad
- 3) Escolaridad
- 4) Estado civil
- 5) Ocupación
- 6) Tipo de Familia
- 7) Aislamiento social
- 8) Enfermedades concomitantes

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Edad: Se define a la edad en años cumplidos del individuo a partir del momento del nacimiento hasta la fecha actual.

Género: Se define con base a las características sexuales de cada individuo, como masculino y femenino.

Adulto Mayor. Cualquier individuo de 65 años o mayor, independientemente del género.

Ocupación: Se define como la actividad laboral que el individuo desempeña de manera regular, para fines de asociación entre variables que se categorizan en las siguientes: pensionado, jubilado, obrera, empleada, ama de casa, sin oficio.

Estado civil: Está se definirá con relación a la situación legal, como: soltero, cuando el individuo no mantenga contrato matrimonial; casado, cuando éste tenga un contrato matrimonial ante una autoridad; divorciado cuando el individuo tuvo un contrato matrimonial pero actualmente esté nulificado y viudo, cuando alguno de los cónyuges haya fallecido; unión libre cuando el individuo conforme un vínculo familiar sin contrato matrimonial legal.

Tipo de familia: Según su conformación se definen los siguientes tipos de familia:

- **Nuclear:** Formada por los cónyuges y los hijos.
- **Familia Extensa:** Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones suele estar formado por hermanos, cónyuges y sus hijos y/ o padres e hijos casados.

- **Familia Mono-parental:** Está constituida por su solo cónyuge y sus hijos.
- **Familia reconstruida:** el cual se conforma por jefes con o sin cónyuges, con o sin hijos con otros parientes y no parientes, es decir, hogar nuclear o ampliada más no parientes.

Enfermedades concomitantes: Es el padecimiento de otra enfermedad que puede precipitar o acompañar a la depresión como es: hipotiroidismo, Infarto agudo al miocardio, Diabetes Mellitus, y evento vascular cerebral, exceptuando aquellas que produzcan deterioro cognoscitivo franco.

Estado económico: Percepción de ingresos suficientes para satisfacer necesidades personales en alimentación vestido, habitación, medicamentos, y servicios básicos.

Escolaridad: adiestramiento y grado académico mayor logrado por el individuo.

Aislamiento social: estado del sujeto que huye a todo contacto con otro, se separa de otros. Este estado resulta del desinterés por apatía o por un estado depresivo.

Red Social: Básicamente es una nueva forma de comunicarse, en donde desaparecen los problemas de espacio, tiempo y ubicuidad. Es una estructura social que se puede representar en forma de uno o varios grafos en el cual los nodos representan individuos (a veces denominados *actores*) y las aristas relaciones entre ellos. Las relaciones pueden ser de distinto tipo, como intercambios financieros, amistad, relaciones sexuales o rutas aéreas. También es el medio de interacción de distintas personas como por ejemplo: juegos en línea, Chats, foros, espacios.

Depresión del Adulto Mayor: Paciente de 65 años o mayor que presente de manera manifiesta o velada: tristeza, abatimiento, pensamientos de minusvalía, pérdida de interés o motivación para realizar o proponer nuevas tareas. Así mismo aislamiento social o dificultades para la convivencia en familia.

Se puede utilizar como instrumento de medición para clasificar a los pacientes como normal/sin depresión ó con depresión con la ESCALA DE YESAVAGE. (Anexo).

Deterioro cognitivo: es la alteración significativa de las funciones cognoscitivas o la memoria que representan un cambio del nivel previo de actividad. Se presenta en un 15% de los adultos mayores y puede coincidir con depresión hasta ten un 20 a 50%. (DSM IV, 2003)

Calidad de vida. Es la condición de un individuo con una existencia auténticamente humanizada, con plenitud de bienestar y dignidad. La calidad de vida en un adulto mayor implica el concepto de un envejecimiento sano. Este es un concepto valorativo con una doble dimensión:

Objetiva...tiene que ver con la utilización del potencial intelectual, emocional, así como las condiciones sociales y circunstancias externas en que desarrolla su existencia (ingresos económicos, nivel de vida, relaciones familiares y sociales).

Subjetiva...es el aspecto de la autopercepción y valoración personal que un individuo hace de su propia vida en relación a sus metas y logros obtenidos. Esto condiciona un nivel de Satisfacción de Vida.

Satisfacción de Vida: Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Uno de los instrumentos de medición para clasificar el nivel de satisfacción en el adulto mayor es LA ESCALA DE SATISFACCIÓN DE VIDA DE FILADELFIA. (Anexo).

INTRUMENTOS DE MEDICION

La **depresión** del adulto mayor, en este estudio, se evaluó mediante la **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage**, el cual es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión; ha sido traducida y validada en diversos

idiomas incluyendo el Español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas; de formato si-no, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor. (Yesavage, 1982).

(El nivel de satisfacción de vida se evaluó mediante la **Escala Filadelfia**, la cual

fue desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center, elaborado por Lawton en 1975 para población anciana, con objeto de evaluar estado de ánimo; es la escala recomendada por grupos de expertos de la British Geriatrics Society y el American National Institute of Aging, para la medición o cuantificación de la calidad de vida. Esta escala evalúa la actitud frente al envejecimiento, la insatisfacción con la soledad y la ansiedad con un objetivo claro, el de medir el grado subjetivo de satisfacción del anciano. Su aplicabilidad es excelente y sólo se ve limitada o interferida por la presencia de trastornos del lenguaje (afasias) y deterioro cognitivo (Lawton, 1975)

El deterioro cognitivo fue evaluado mediante la aplicación mediante el cuestionario: **MMSE. MINIMENTAL**, desarrollado por Folstein en 1975, consta de 10 reactivos con una puntuación del 0 al 30. Si el sujeto cuestionado tiene 24 puntos o menos, se considera que tiene deterioro cognitivo o cambios demenciales. (Folstein, 1975)

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA	ESTADISTICO	INDICADOR
Satisfacción de vida	Dependiente	Cualitativa Nominal	Proporciones % Pruebas de asociación x2	Satisfacción baja, regular, alta.
Depresión del Adulto Mayor	Independiente	Cualitativa Nominal	Proporciones % Pruebas de asociación x2	Normal/Sin depresión. Con depresión.
Genero	Interviniente	Cualitativa Nominal	Proporciones	Femenino Masculino
Edad	Interviniente	Cuantitativa Discreta	Media	Años cumplidos
Estado civil	Interviniente	Cualitativa Nominal	Proporciones %	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
Ocupación	Interviniente	Cualitativa Nominal	Proporciones %	Pensionado Jubilado Obrera Empleada Ama de casa
Tipología familiar	Interviniente	Cualitativa Nominal	Proporciones %	Nuclear Extensa Monoparental Reconstruida Vive solo
Aislamiento social	Interviniente	Cualitativa Nominal	Proporciones %	Si No
Enfermedades concomitantes	Interviniente	Cualitativa Nominal	Proporciones %	<ul style="list-style-type: none"> • HAS • DM • CARDIOPATIA • ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA.
				•

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal analítico, previa autorización por escrito mediante la firma de consentimiento bajo información al paciente. (**Anexo2**)

Se aplicó de manera consecutiva, no aleatoria, la Escala de Depresión en Adulto Mayor de Yasavage en pacientes mayores de 65 años que cumplieran los criterios de inclusión. (**Anexo 3**)

Se excluyeron los pacientes con alteraciones de la función mental mediante la aplicación previa del test MMSE: Mini-Mental que evalúa el grado de deterioro cognitivo en el adulto mayor, hasta la obtención de dos grupos (15 pacientes con depresión y 30 pacientes sin depresión). (**Anexo 5**)

Además, a los grupos formados se les aplicó el cuestionario de la Escala de Calidad de vida de Filadelfia para determinar la calidad y satisfacción de vida en ambos grupos. (**Anexo 4**) así como el APGAR familiar para valorar la tipología familiar. (**Anexo 1**)

Se determinó la calidad de vida en ambos grupos, su tipología familiar, características generales; y se buscó si existían diferencias u asociaciones entre éstas, con interés en determinar si un bajo nivel de satisfacción de vida se encontraba asociado con depresión en adultos mayores.

ASPECTOS ÉTICOS

Buenas prácticas clínicas.

Todo el trabajo realizado bajo este protocolo estuvo sujeto a las pautas de Buena Práctica Clínica (BPC).

Todas las partes involucradas en el estudio aceptaron trabajar de acuerdo con dichas normas y con responsabilidad y confianza mutuas.

Mediante la firma del presente protocolo, los participantes en el estudio estuvieron de acuerdo en desarrollar el estudio según las normas legales locales y en cooperar plenamente con las revisiones programadas, permitiendo el acceso de las personas autorizadas, a todos los documentos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con la **Declaración de Helsinki**, las pautas de Buena Práctica Clínica y la legislación nacional, el investigador debe explicar de forma íntegra el propósito del estudio al paciente antes de su participación en el estudio. La información debe suministrarse de forma oral y escrita. (**Anexo 2**).

La información proporcionada fue redactada en un lenguaje comprensible para el paciente o su representante y no incluyó ninguna expresión en la que parezca existir una renuncia a los derechos legales del paciente o que permita liberar al investigador, el promotor o a la institución de la responsabilidad de negligencia.

El consentimiento informado se redactó de manera tal que, al firmarlo, el paciente o su representante legal, entendió la información presentada y los riesgos del estudio, después de haber aclarado todas sus dudas con el investigador. El investigador proporcionó al paciente y a su representante legal el

tiempo suficiente para considerar su participación y reducir al mínimo la posibilidad de coacción o influencia indebida.

Esta información se entregó por escrito en la "hoja de información para el paciente". El investigador solicitó el consentimiento del paciente por escrito, de acuerdo con el procedimiento anterior. Ambos documentos, (esto es el consentimiento informado y la hoja de información para el paciente) fueron aprobados por el **Comité de Ética e Investigación Institucionales del IMSS**.

La persona que dio su consentimiento informado, recibió una copia del mismo. El original fue archivado por el investigador, junto a la forma de reporte de caso del paciente.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó estadística descriptiva mediante determinación de frecuencias y Porcentajes, y estadística inferencial para establecer diferencias entre los grupos.

Las comparaciones en las variables cualitativas se obtuvieron mediante la prueba X^2 basándose para establecer medidas de asociación (OR) con un IC 95%.

Para determinar diferencias entre las variables cuantitativas, se aplicó la prueba de T de Student para muestras independientes; se establecieron diferencias estadísticas con un valor de $p \leq 0.05$.

Los datos se analizaron y procesaron utilizando el programa: SPSS 12.

RESULTADOS

El total de pacientes incluidos en el estudio fueron 45: 25 mujeres y 20 hombres. La edad mínima fue de 65 y la máxima de 85 años, con una media de 70.53. El total de los pacientes adultos mayores con depresión reveló una mayor frecuencia de mujeres en el grupo estudiado, mostrando con ello una **diferencia de género. (Tabla no. 1)**

El grupo estudiado, en cuanto a su **nivel de escolaridad**, mostró que la tercera parte son analfabetas; en este grupo de personas no se encontró una diferencia significativa de los sujetos con depresión. En cambio, una tercera parte cuenta con primaria incompleta y sólo dos sujetos llegaron a estudios de preparatoria. En estos pacientes la depresión se presentó de manera inversamente proporcional al nivel de escolaridad alcanzado. **(Tabla no. 2)**

En cuanto al **estado civil**, dos terceras partes están casados y un 20% son viudos. Se observó que los sujetos casados tienen menor índice de depresión; en cambio los viudos se deprimen con mayor frecuencia. No se encontró ninguna diferencia en sujetos solteros con o sin depresión. **(Tabla no. 3).**

En cuanto a la **ocupación** de ambos grupos, 18 de los 45 casos son pensionados y 24 de ellos hacen labores domésticas. El presente estudio mostró que los sujetos que laboran fuera de casa no presentan depresión, en tanto que los sujetos que desarrollan labores domésticas, la diferencia entre sujetos con y sin depresión no fue muy significativa. (**Tabla no. 4**)

En cuanto a la **tipología familiar**, ésta fue nuclear en 29 casos y 7 de ellos viven solos. En el grupo de sujetos con tipología familiar nuclear, 65% no presentan depresión, en tanto que los sujetos que viven solos, la gran mayoría presentaron datos depresivos. (**Tabla no. 5**)

En relación al **aislamiento social**, este factor no se encontró en la gran mayoría, reportándose solamente en tres casos del total estudiado. (**Tabla no. 6**)

La investigación sobre **enfermedades concomitantes** reportó que, prácticamente todos ellos (43 casos), presentaban una o más enfermedades concomitantes. De estos sujetos con alguna enfermedad concomitante, una tercera parte reportó problemas depresivos. (**Tabla no. 7**)

En cuanto a **nivel de satisfacción de vida**, se encontró que la gran mayoría, con un total de 40 casos, su nivel de satisfacción de vida fue de regular a bajo, y

solamente un 9% de todos los sujetos mostró un **nivel de satisfacción de vida alta**. En estos sujetos no se encontraron datos depresivos. (*Tabla no. 8*)

En el grupo de sujetos con **nivel de satisfacción de vida en el rango de REGULAR**, se presentó la depresión en ambos grupos. (*Tabla no. 9*)

En cambio, en el grupo de sujetos catalogados como portadores de un **nivel de satisfacción de vida BAJA**, se encontró una amplia diferencia de los pacientes que presentaron depresión, siendo esta diferencia muy significativa, ya que un 75% de los sujetos manifestaron datos depresivos. (*Tabla no. 10*).

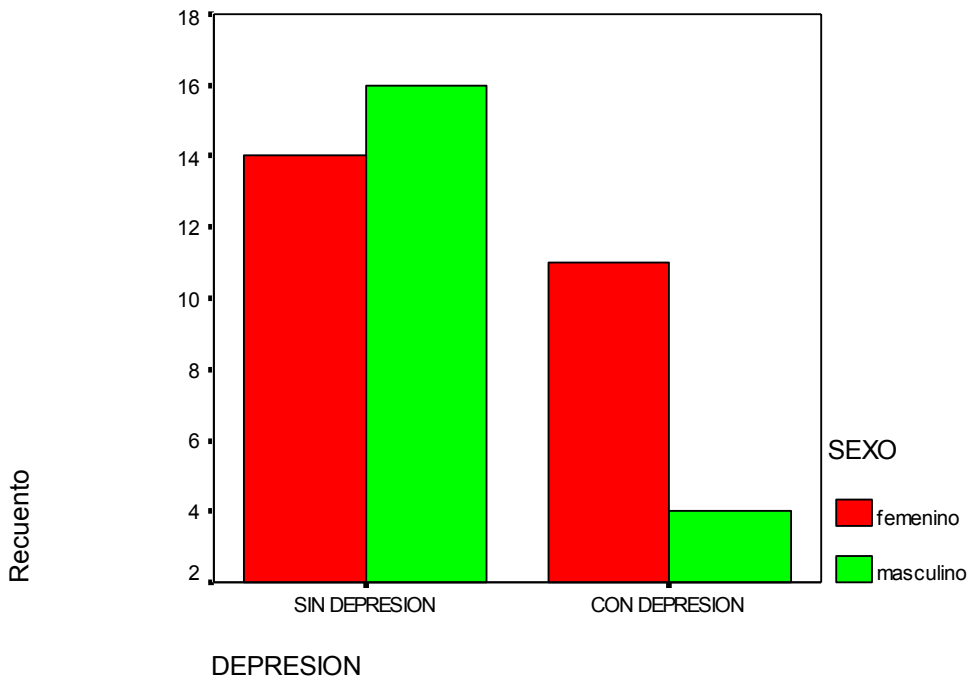
PROMEDIOS DE EDAD EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	45	65	85	70.53	5.13

TABLA 1. COMPARACION PROPORCION SEXO EN AMBOS GRUPOS

Recuento

		SEXO		Total
		femenino	masculino	
DEPRESION	SIN DEPRESION	14	16	30
	CON DEPRESION	11	4	15
Total		25	20	45



p= 0.83, OR 0.31 IC 0.8-1.2

TABLA 2. PROPORCIONES NIVEL DE ESCOLARIDAD EN AMBOS GRUPOS

Recuento		ESCOLARIDAD					Total
		ANALFABETA	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	
DEPRESION	SIN DEPRESION	8	10	8	2	2	30
	CON DEPRESION	7	6	1	1		15
Total		15	16	9	3	2	45

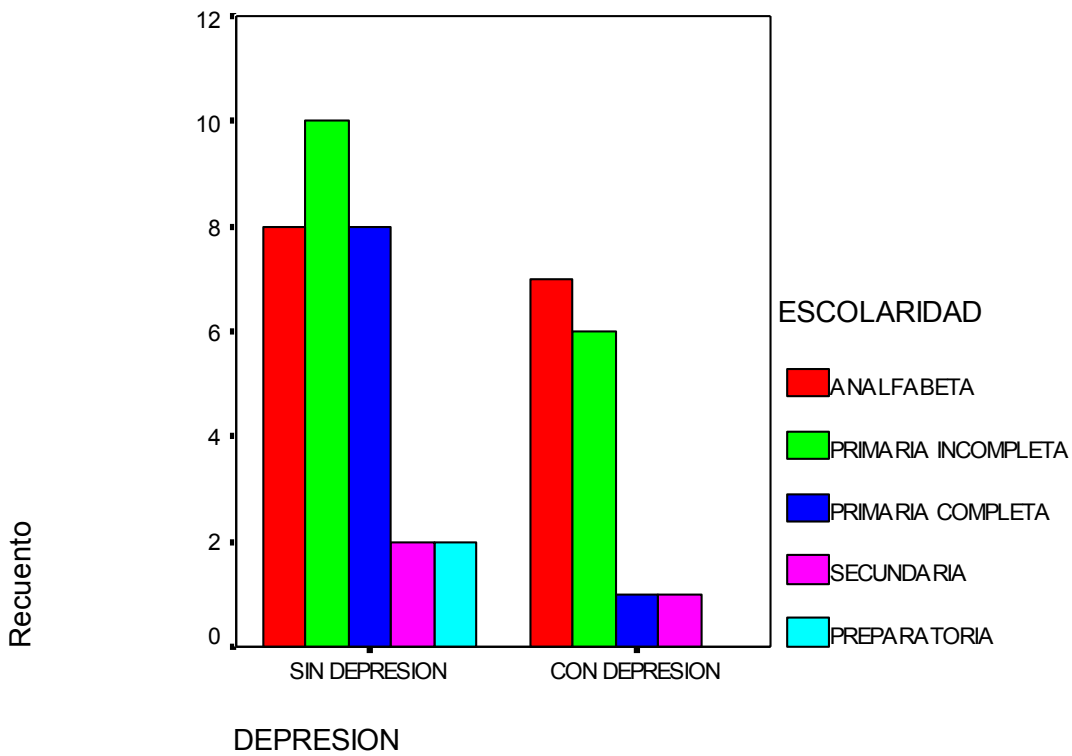


TABLA 3. PROPORCIONES DE ESTADO CIVIL EN AMBOS GRUPOS

Recuento		ESTADO CIVIL				Total
		CASADO	VIUDO	DIVORCIADO	SOLTERO	
DEPRESION	SIN DEPRESION	24	3	1	2	30
	CON DEPRESION	7	6		2	15
Total		31	9	1	4	45

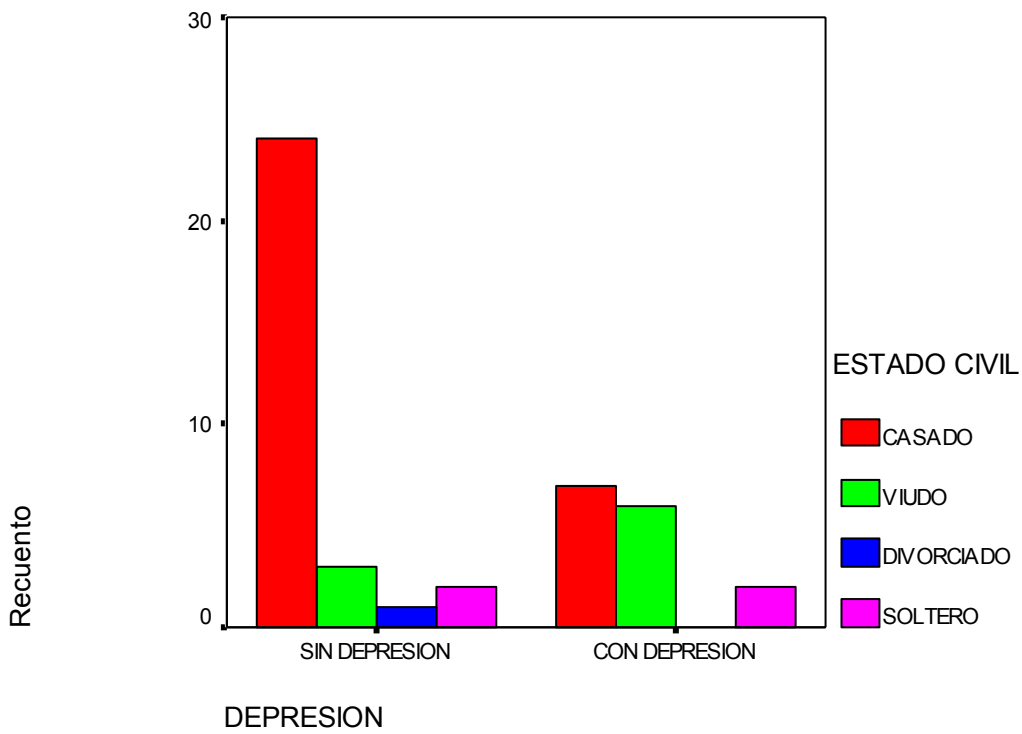


TABLA 4. PROPORCIONES DE OCUPACION EN AMBOS GRUPOS

Recuento		OCUPACION			Total
		PENSIONADO	TRABAJA	HOGAR	
DEPRESION	SIN DEPRESION	13	3	14	30
	CON DEPRESION	5		10	15
Total		18	3	24	45

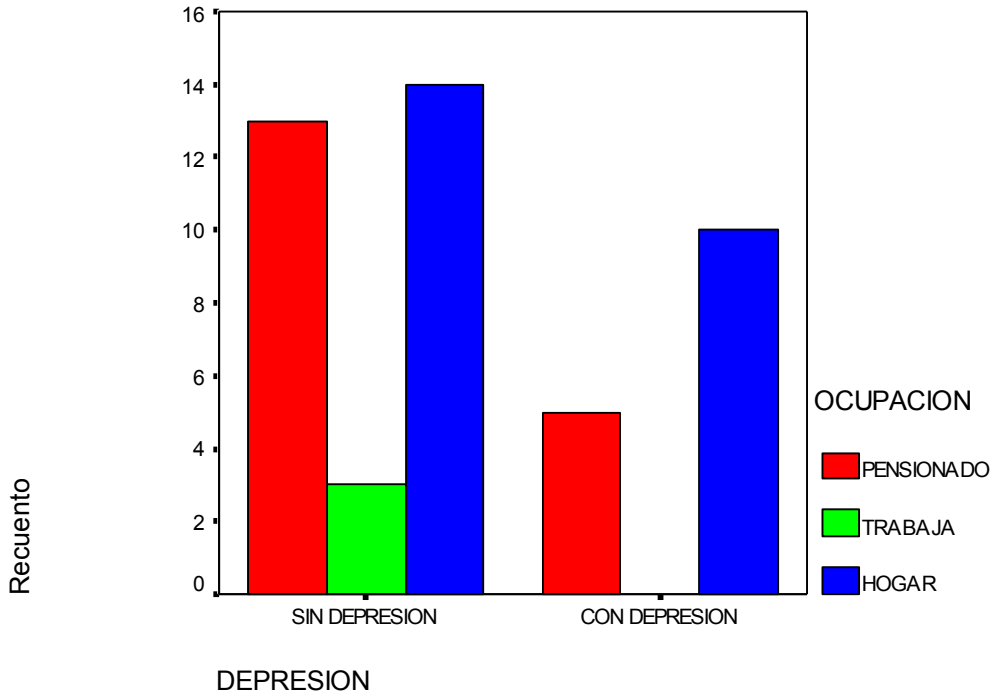


TABLA 5. PROPORCIONES DE TIPOLOGIA FAMILIAR EN AMBOS GRUPOS

Recuento		TIPOLOGIA FAMILIAR				Total
		NUCLEAR	EXTENSA	RECONS TRUIDA	VIVE SOLO	
DEPRESION SIN DEPRESION		21	7	1	1	30
	CON DEPRESION	8	1		6	15
Total		29	8	1	7	45

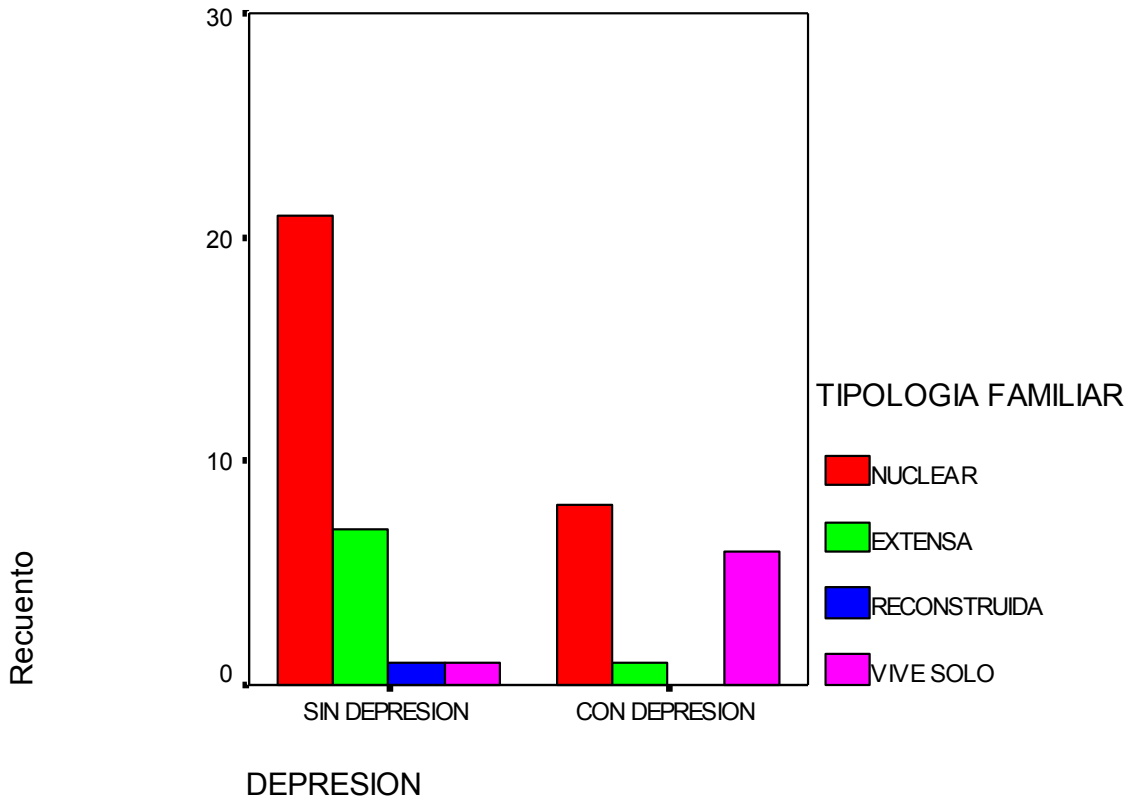
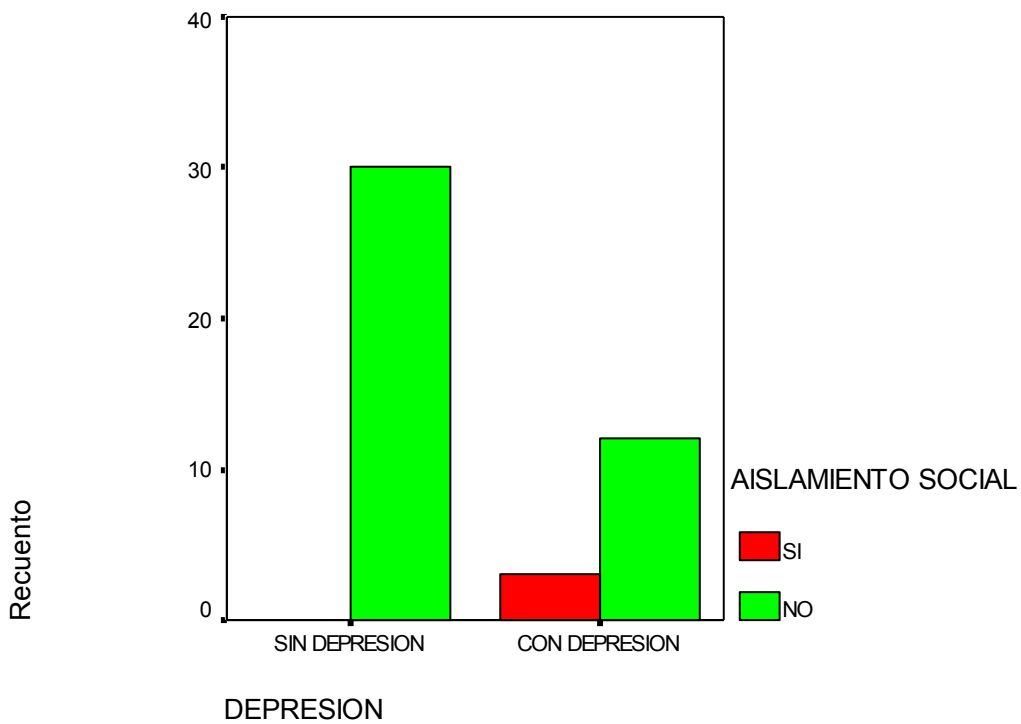


TABLA 6. COMPARACIONES AISLAMIENTO SOCIAL ENTRE AMBOS GRUPOS

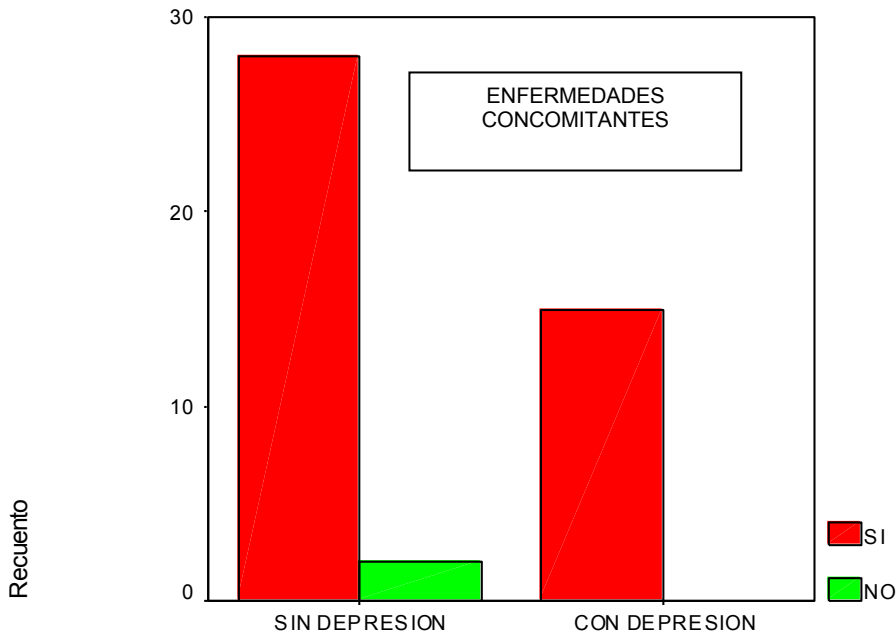
		AISLAMIENTO SOCIAL		Total
		SI	NO	
DEPRESION	SIN DEPRESION		30	30
	CON DEPRESION	3	12	15
Total		3	42	45



p= 0.32, OR 1.2, IC 0.9-1.1

TABLA 7. COMPARACIONES ENFERMEDADES CONCOMITANTES ENTRE AMBOS GRUPOS

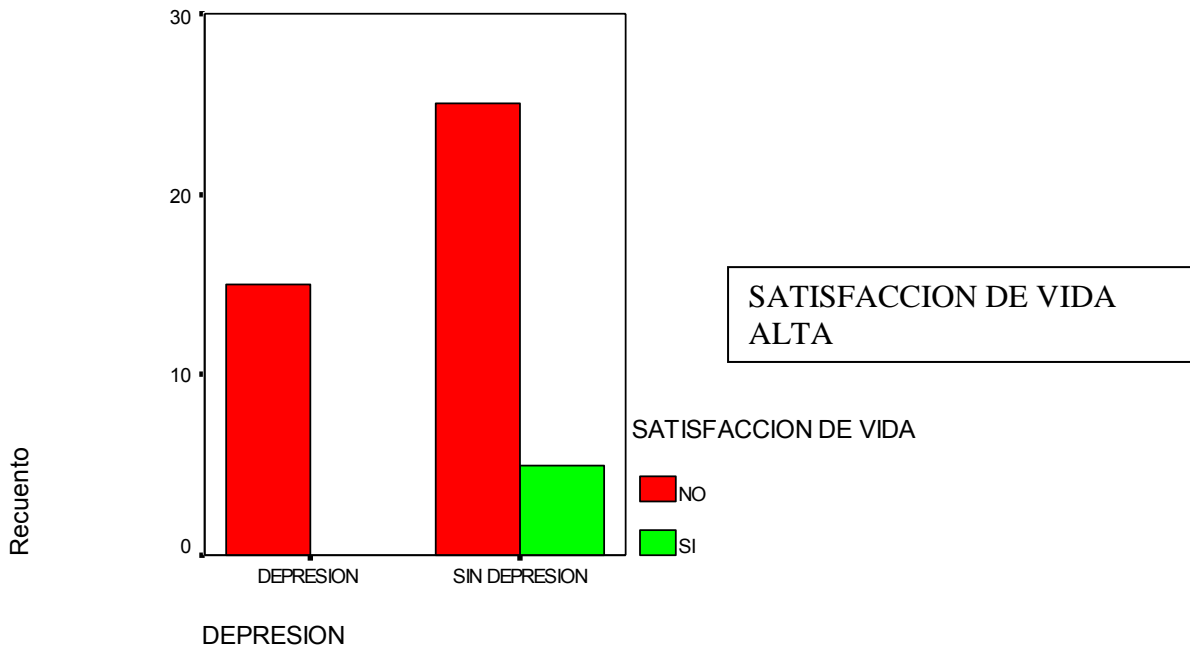
		ENFERMEDADES CONCOMITANTES		Total
		SI	NO	
DEPRESION	SIN DEPRESION	28	2	30
	CON DEPRESION	15		15
Total		43	2	45



p= 0.54, OR 0.93, IC 0.84 – 1.02

TABLA 8. COMPARACION DE SATISFACCION DE VIDA ALTA ENTRE AMBOS GRUPOS

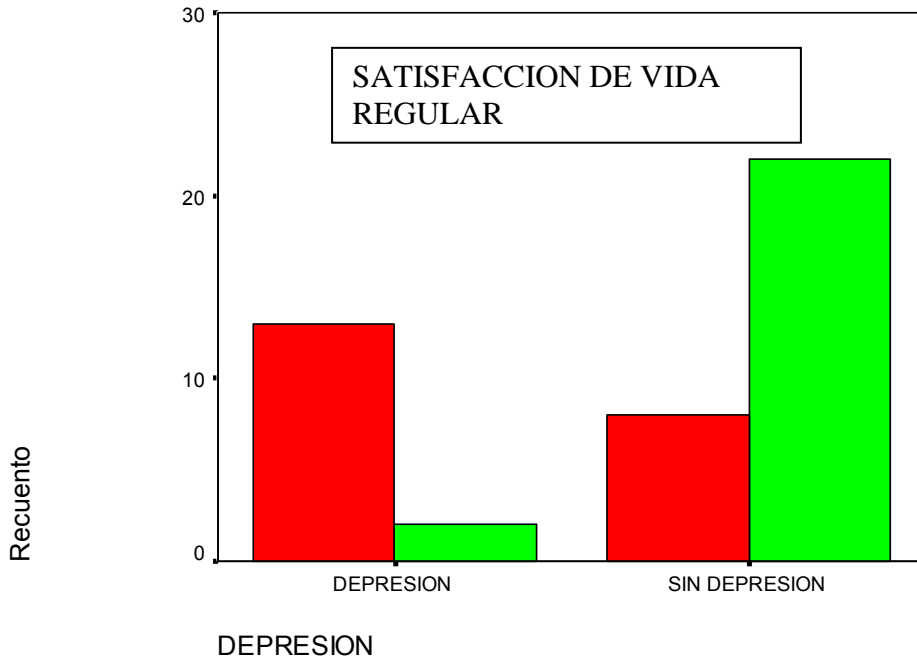
		SATISFACCION DE VIDA ALTA		Total
		NO	SI	
DEPRESION	DEPRESION	15		15
	SIN DEPRESION	25	5	30
Total		40	5	45



$p= 0.15$, OR 1.2, IC 1.02 – 1.40

TABLA 9. COMPARACIÓN DE NIVEL DE SATISFACCIÓN DE VIDA REGULAR ENTRE AMBOS GRUPOS

<u>Recuento</u>	<u>SATISFACCIÓN DE VIDA REGULAR</u>		
	<u>NO</u>	<u>SI</u>	<u>total</u>
CON DEPRESIÓN	13	2	15
SIN DEPRESIÓN	8	22	30
Total	21	24	45

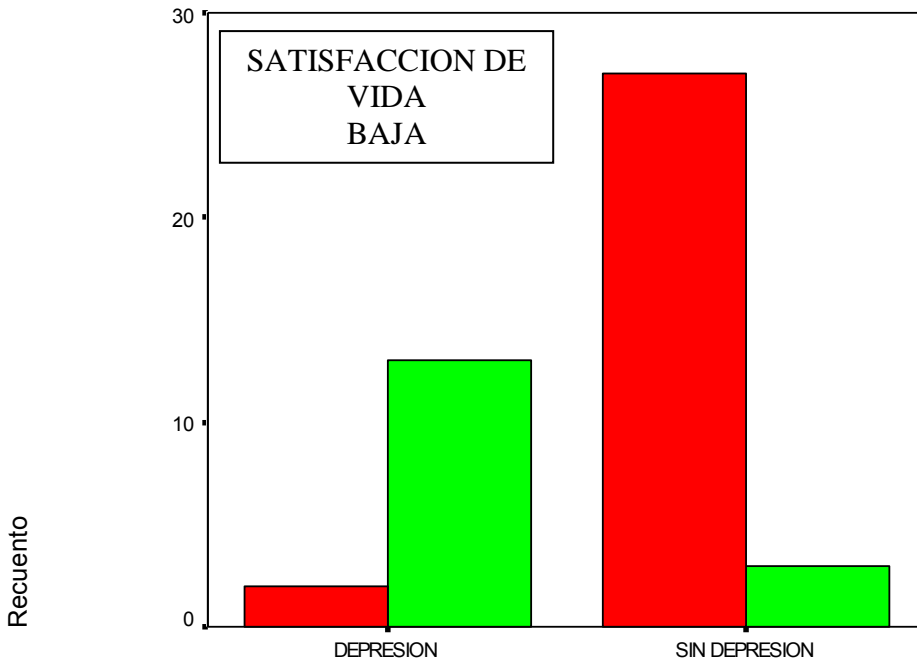


p= < 0.01, OR 3.25, IC 1.73 – 6.07

TABLA 10. COMPARACION EN SATISFACCION DE VIDA BAJA ENTRE AMBOS GRUPOS

Recuento

		SATISFACCION DE VIDA BAJA		Total
		NO	SI	
DEPRESION	DEPRESION	2	13	15
	SIN DEPRESION	27	3	30
Total		29	16	45



p= < 0.01, OR 8.66, IC 2.90 – 25.80

DISCUSION:

La mayor proporción de pacientes, de acuerdo al **sexo**, fueron mujeres, siendo éstas aun mayor en el grupo de pacientes con depresión. Se ha reportado que la proporción de depresión es mayor en mujeres comparadas con hombres (Belló,

2005), sin embargo en este estudio no se encontró una diferencia estadísticamente significativa **p= 0.83, OR 0.31, IC 0.8-1.2.**

Como era de esperarse la **escolaridad** fue baja en este tipo de pacientes, ya que la media de edad fue de 70.53; es comprensible que en la década de los 40`s y los 50`s la cobertura escolar era más limitada y mayor el analfabetismo. Encontramos en este estudio la presencia de analfabetismo en 15 pacientes de ambos grupos, contrastando con sólo 2 pacientes con preparatoria como máximo grado de estudios. En nuestra casuística sí encontramos una relación inversamente proporcional entre el grado de estudio alcanzado y la presencia de depresión en el adulto mayor, como se ha demostrado en algunos reportes. (Belló, 2005)

En este grupo de pacientes, el estado civil reportado en su mayoría fue la de los casados, encontrando sólo un paciente divorciado. Comparando los adultos mayores casados con los viudos, se encontró mayor índice de depresión en este último. La viudez, por tanto, si representa un factor de riesgo en el adulto mayor para presentar depresión, como lo han señalado otros estudios. (Real-Fortuny, 2008; Pérez-Martínez, Arcia-Chávez, 2007)

Las proporciones de **la tipología familiar** nos reflejan la idiosincrasia de los grupos estudiados con una franca tendencia a presentar una tipología nuclear y presentando depresión los sujetos que tenían tipología familiar reconstruida o viven en soledad, lo que está en consonancia con otros estudios en que la soledad es un factor de riesgo para presentar depresión en adultos mayores. (Castro-Lizárraga, 2006)

Las comparaciones de **aislamiento social** y depresión mostraron que todos los pacientes que reportaban aislamientos se encontraron deprimidos en tanto que los pacientes sin aislamiento social solamente una tercera parte presentaban depresión, revelando un comportamiento similar a lo reportado por otros autores. (García, 2007)

Como era de esperarse, la gran mayoría de los sujetos estudiados presentaban **enfermedades concomitantes** que pueden explicarse por el grupo etario, como se ha reportado en otras encuestas. (Peláez. 2005)

Los pacientes con **satisfacción de vida alta** no presentaban depresión estadísticamente significativa; en cambio si manifestaron depresión con una diferencia significativa los grupos con satisfacción de vida regular o baja, como lo han señalado otros autores. (Ruiz-Flores, 2007)

Por los datos obtenidos en el presente estudio se corrobora que sí existe una relación entre el nivel de satisfacción de vida y la depresión, siendo evidente en los sujetos con tipología familiar reconstruida o sin apoyo social. (Ávila-Funes, 2007; Ruiz-Flores, 2007)

Esto esta en concordancia con los estudios que reportan el hecho de que la depresión en los adultos mayores si tiene una relación causa o con el apoyo social y la tipología familiar de los adultos mayores en nuestro medio.

(Belló, 2005; Bojórquez-Chapela, 2009; Reyes-Frausto, 2001)

CONCLUSIONES

En el presente estudio se concluye que los pacientes mayores de 65 años sin depresión muestran un nivel de satisfacción de vida alta, (**p= 0.15, OR 1.2, IC 1.02-1.40**) comparado con los pacientes con depresión y nivel de satisfacción de vida baja. **p= < 0.01, OR 8.66, IC 2.90 – 25.80**

El estudio no muestra una predominancia entre los grupos de género pero si una frecuencia mayor en las mujeres estudiadas. **p= 0.83, OR 0.31 IC 0.8-1.2**

La relación entre aislamiento social y depresión no se encontró en una proporción significativamente alta en los pacientes estudiados.

p= 0.32, OR 1.2, IC 0.9-1.1

Finalmente el estudio concluye que la mayoría de los pacientes presentaban enfermedades crónico-degenerativas concomitantes sin mostrar diferencias en ambos grupos **p= 0.54, OR 0.93, IC 0.84 – 1.02**

SUGERENCIAS

Se requieren otros estudios que incluyan una casuística mayor para evaluar si algunas enfermedades concomitantes como la diabetes y la hipertensión puedan estar involucradas en la depresión del adulto mayor ya que estas entidades morbosas, por ser crónico.-degenerativas, limitan en buena medida los niveles de satisfacción de vida tanto por el manejo farmacológico como las complicaciones tardías.

Otro aspecto de interés serían estudios longitudinales o doble ciego para evaluar el efecto de los antidepresivos en adultos mayores con nivel de satisfacción de vida regular o bajo.

Por último es conveniente revisar qué papel juegan en la depresión de nuestros adultos mayores los factores genéticos, sociopolíticos y sobre todo económicos, dado que provienen de un área rural y urbana y cuya edad promedio es de 70 años con una escolaridad baja. Así mismo, sería interesante investigar si los grupos de ayuda, tanto de carácter religioso como Clubes de la Tercera Edad pueden aportar una terapia complementaria a los Adultos Mayores con Depresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Aguilar-Navarro, SG.** Y col. **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DEL ENASEM PARA LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR.** Salud Pública de México, 2007, v. 49 (4) 256-262.
2. **Ávila-Funes, JA.** **SÍNTOMAS DEPRESIVOS COMO FACTOR DE RIESGO DE DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES.** Salud Pública de México, Sept. 2007, v. 49 (5), 367-375.
3. **Belló M.,** y col. **PREVALENCIA Y DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN POBLACION ADULTA EN MÉXICO.** S. Púb. Méx., 2005, v. 47, s.1: 4-11.
4. **Bojórquez-Chapela, Ietza,** et al. **DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG POOR OLDER ADULTS IN MEXICO: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS.** Rev. Panam. Salud Pública, Jul. 2009, vol. 26, no.1, p. 70-77
5. **Brauser, D.** Lie, D. **HOSPITALIZATION ASSOCIATED WITH COGNITIVE DECLINE IN ELDERLY PATIENTS.** JAMA 2010; 303: 763-770.
6. **Castro-Lizárraga, M.** y col. **Factores de riesgo asociado a la depresión del adulto mayor.** Neur. Neurocir. Psiq. 2006; 39: 132-137.

7. **Drazen J.M. Decisions at the end of life.** N Engl J Med. 2003; 349: 1237-1244.
8. **Espinoza-Aguilar. A. y col. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en adultos mayores mexicanos.** Salud Mental. 2007; 30: 69-80.
9. **Folstein, 1975. Mini-Mental a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.** J. Psych. Research, 12, 189-198.
10. **Galindo Villa M, Baderas Cruz E. La evaluación neuropsicológica del anciano.** Salud Mental. 2004; 37: 32-39.
11. **García. F. y col. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor.** Psicología científica. Nov. 2007 [en línea]. (<http://www.psicologiacientifica./bv/psicologia-301-1-comportamiento-de-la-depresion-en-el-adulto-mayor>). (Consultado 12 Abril del 2009).
12. **INEGI. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMÁTICA. SEGURIDAD SOCIAL.** (consultado en línea 5 de Junio del 2007), disponible en: <http://www.inegii.gob.mx/est/>
13. **Lawton M. P The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision.** J Gerontol. 1975; 30: 85-89.
14. **Martínez-Mendoza, J. y col. Prevalencia de depresión y factores**

- de riesgo en el adulto mayor hospitalizado.** Rev. Med. IMSS. 2007; 45: 21-28
15. **Muñoz F.R. La depresión y la salud de nuestros pueblos.** Salud Mental. 2005; 28: 1-9.
16. **ONU. 2010** (consultado en línea, Marzo 30, 2010) (<http://www.un.org./spanish/News/fullstorynews>)
17. **Peláez, M.** y col. **ENCUESTA “SABE”: SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO.** Rev. Panam. de Salud Pública 2005; 17 (5): 307-322.
18. **Pérez-Martínez, VT; Arcia-Chavez, R. COMPORTAMIENTO DE LOS FACTORES BIOSOCIALES EN LA DEPRESION DEL ADULTO MAYOR.** (Consultado en línea, 15-04-2010). Disponible en (http://bus.sld.cu/revistas/mgi/vol24_3_08mi;02308.)
19. **Real-Fortuny, T. DEPENDENCIA FUNCIONAL, DEPRESION Y CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.** Informaciones. Psiquiátricas. 2008, no. 192.
20. **Reyes-Frausto, S. POPULATION AGEING IN THE MEXICAN INSTITUTE OF SOCIAL SECURITY: ECONOMIC AND HEALTH POLICY IMPLICATIONS..** IMMS. Mexican Foundation for Health. 2001.
21. **Rivera-Ledesma, A.** y col. **Escala de ansiedad ante el envejecimiento de Lasher y Faulkender: propiedades psicométricas en adultos mayores mexicanos.** Salud Mental. 2007; 30: 55-61.
22. **Ruelas-González, MG.** Salgado de Snyder, N. **LESIONES**

ACCIDENTALES EN ADULTOS MAYORES: UN RETO PARA LOS SISTEMAS DE SALUD. Salud Pública de Méx. 2008, vol. 50 (6), 463-471.

23. **Ruiz-Flores, LG. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN MEXICO: LA RELACIÓN ANTE LA INTENSIDAD DE LA DEPRESIÓN, LOS SÍNTOMAS**

FÍSICOS DOLOROSOS Y LA CALIDAD DE VIDA. Salud Mental 2007. vol. 30 (2):25-32.

24. **Sánchez-García, S y col. USEFULNESS OF TWO INSTRUMENTS IN ASSESING DEPRESSION AMONG ELDERLY MEXICANS IN POPULATION STUDIES AND FOR PRIMARY CARE.** Salud Pública de México 2008; vol. 50, no 6, 447-456.

25. **Shamah-Levy, T. y col. ESTADO DE SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES MEXICANOS: RESULTADO DE UNA ENCUESTA PROBABILISTICA NACIONAL.** Salud Pública de México, 2008, vol. 50 (5): 383-389.

26. **Sanjoaquín –Romero. A. y col. Valoración geriátrica integral.**

Tratado de Geriatria para residentes, Cáp. 4 p. 66. Sociedad Española de geriatría y gerontología [en línea]

http://www.gerontogeriatría.org.ar/pdf/valoracion_geriatrica_integral.pdf

(Consultado 14 Abril del 2009).

27. **Santander Toro J. Depresión en adulto mayor.** Rev Psiquiatría. 2000; 29: 200-209.

28. **Unützer Jürger. Late-Life depression.** N. Eng. J. Med. 2007; 357: 2269-2276

- 29.- **Yesavage, JA, Brink, TL y col. DEVELOPMENT AND VALIDATION O A GERIATRIC DEPRESION SCREENING SCALE: A PRELIMINARY REPORT.** J. Psichiatr. Res. 1982; 17(1):37-39
(consultado en línea, 15 Abr. 10) Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-576820020010000...>

30. **Zúñiga, E. Vega , D. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION EN MÉXICO: RETO DEL SIGLO XXI.** Consejo Nacional de Población, 2005. (consultado en línea, 2010-04-15) Disponible en:
<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje00..>

ANEXO 1.- FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGR 21
DELEGACION ESTATAL JALISCO
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA**

DATOS DEL PACIENTE

No. De registro: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Estado civil: _____

Ocupación

Ama de casa	
Empleado	
Obrero	
Pensionado	
Jubilado	

Tipo de familia

Vive con su pareja o hijos solamente	
Vive otro familiar en casa (nieto, sobrino, nuera, etc.)	
Vive sola sin pareja con sus hijos	
Vive solo	

Padece alguna de estas enfermedades.

Hipertensión arterial	
Diabetes Mellitus	
Cardiopatía	
Insuficiencia renal	
Enfermedad Articular Degenerativa	
Otra,	

ANEXO 2 HOJA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN ESTATAL EN JALISCO HOSPITAL GENERAL DE REGIONAAL No. 21

1).- TITULO Y OBJETIVO DEL PROYECTO: “DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR Y SU ASOCIACION CON EL NIVEL DE SATISFACCION POR LA VIDA”

El objetivo general es: Identificar la satisfacción de vida y depresión en el adulto mayor en primer nivel de atención.

Esta información me fue proporcionada por: _____

Fecha: _____

2).- Autorizo al investigador mencionado y a quienes ellos indiquen, a realizar los cuestionarios convenientes al proyecto.

3).- Autorizo al investigador a hacer uso de los cuestionarios aplicados con fines científicos, docentes y estadísticos, siempre y cuando se haga en el marco de la ética profesional y se guarde la confidencialidad de los mismos resultados.

4).- Estoy invitado a participar voluntariamente, aportando información.
Acepto que no recibiré compensación alguna por el estudio.

5).- Mi participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento que así lo decida y lo exprese a la investigadora responsable, sin afectar en nada mi seguimiento clínico.

6).- Se me ha orientado para que en caso de querer tratar cualquier asunto relacionado con mi participación pueda dirigirme a la Dra. Esperanza Plascencia Ochoa tel. cel. 3481070165. Dr. Raúl Guillén Ortiz Tel 3311925322.

7).- Por lo anterior doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Nombre del paciente: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Nombre del testigo: _____ Firma: _____

Firma del Investigador: _____

ANEXO 3**Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage**

Ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL PUNTAJE.

0-10: **Normal.**

11-14: **Depresión** (sensibilidad 84%; especificidad 95%).

>14: **Depresión** (sensibilidad 80%; especificidad 100%)

Calificación: _____ Resultado: _____

ANEXO 4 ESCALA DE DE SATISFACCION DE FILADELFIA (Lawton, 1972)

Valora 3 dimensiones:

Dimensión	Ítems	
Agitación		0-6
Actitud al envejecimiento		0-4
Insatisfacción con soledad		0-5

	Si	No
1.- ¿A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para Ud.?	Si	No
2.- ¿Tiene UD. Tanta energía como el año pasado?	Si	No
3.- ¿Se siente usted solo?	Si	No
4.- ¿Frecuentemente ve a sus amigos y familiares?	Si	No
5.- ¿Le molestan ahora las cosas pequeñas que antes?	Si	No
6.- ¿Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil?	Si	No
7.- ¿A veces esta tan preocupado que no puede dormir?	Si	No
8.- ¿Según se va haciendo mayor, las cosas son Mejor... Peor... Igual... que lo que UD. Pensó que sería?	Mejor/igual	Peor
9.- ¿A veces siente que la vida no merece la pena de ser vivida?	Si	No
10.- ¿Ahora es usted tan feliz como cuando era más joven?	Si	No
11.- ¿Tiene muchas razones por las que estar triste?	Si	No
12.- ¿Tiene miedo de muchas cosas?	Si	No
13.- ¿Se siente más irritable o se enfada más que antes?	Si	No
14.- ¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?	Si	No
15.- ¿Está satisfecho con su vida ahora?	Si	No
16.- ¿Se altera o disgusta fácilmente?	Si	No

PUNTOS NIVEL DE SATISFACCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

12- 16 alto

6- 11 regular

≤ 5 bajo

Puntuación en la escala de Filadelfia: _____

Nivel de satisfacción: _____

ANEXO 5 ESCALA PARA DETERMINAR DETERIORO COGNITIVO MMSE. (MINIMENTAL)

NOMBRE
EDAD SEXO GRADO ESCOLARIDAD. FECHA.
LUGAR DE ORIGEN.

1.- ORIENTACION TEMPORAL (UN PUNTO POR CADA RESPUESTA CORRECTA.... TOTAL 5 PUNTOS)

- ¿EN QUÉ AÑO ESTAMOS?
- ¿EN QUÈ MES?
- ¿EN QUE DÍA DEL MES?
- ¿EN QUÉ DÍA DE LA SEMANA?
- ¿EN QUÉ ESTACIÒN DEL AÑO?

2.- ORIENTACION ESPACIAL. (UN PUNTO POR CADA RESPUESTA CORRECTA.... TOTAL: 5 PUNTOS)

- ¿EN QUÉ LUGAR NOS ENCONTRAMOS?
- ¿EN QUÉ PAIS?
- ¿EN QUÈ ESTADO DEL PAIS?
- ¿EN QUÈ PUEBLO?
- ¿EN QUÉ PISO DEL EDIFICIO ESTAMOS?

**3.- FIJACION. SE DAN 5 PALABRAS PARA QUE EL PACIENTE ESCOJA TRES Y LAS REPITA. (UN PUNTO POR CADA PALABRA).
ARBOL, CABALLO, MANZANA, BALÓN, PESO.**

**4.- CÁLCULO... SE DETERMINA UNA CANTIAD Y SE RESTAN CANTIDADES FIJAS, POR CINCO OCASIONES. (UN PUNTO POR CIFRA)
SI USTED TIENE TREINTA PESOS, HAGA LA RESTA DE 3 PESOS A LA VEZ, ES DECIR, 30 PESOS, MENOS TRES SON.... Y MENOS OTROS TRES.... Y MENOS OTROS TRES.....**

**5.- RECUERDO DIFERIDO.
QUE EL PACIENTE REPITA LOS TRES NOMBRES DE LA PREGUNTA NO. 3 (UN PUNTO POR CADA NOMBRE QUE RECUERDE)**

**6.- REPETIR UNA FRASE COMPLEJA: (UN PUNTO)
"EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS".**

**7.- CAPACIDAD DE ENTENDER Y OBEDECER ÓRDENES. (UN PUNTO POR CADA ITEM TOTAL 3 PUNTOS)
(TOME UNA HOJA DE PAPEL, DOBLELA POR MITAD Y DEPOSÍTELA EN EL SUELO)**

**8.- CAPACIDAD PARA COMPRENDER UNA ORDEN (UN PUNTO)
ESCRIBIR EN UNA HOJA DE PAPEL "CIERRE LOS OJOS" Y VERIFICAR QUE EL
PACIENTE LO LEA Y LO HAGA.**

**9.- ESCRITURA... (UN PUNTO)
HACER QUE EL PACIENTE ESCRIBA UNA FRASE SENCILLA QUE CONTENGA SUJETO,
VERBO Y PREDICADO.**

**10.- DIBUJO (UN PUNTO POR CADA FIGURA REALIZADA)
QUE DIBUJE TRES FIGURAS COMO PENTAGONOS, CIRCULOS, CUADRADOS.**

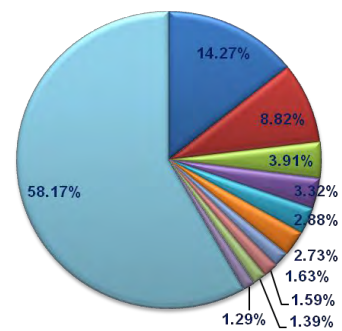
PUNTUACION...0 AL 30.

SI TIENE MENOS DE 24 PUNTOS, HAY CAMBIOS COGNITIVOS O DEMENCIALES.

PIRAMIDE POBLACIONAL ARANDAS, JAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN JALISCO
 ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
 PRINCIPALES 10 MOTIVOS DE DEMANDA EN CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR

	DIAGNOSTICO	TOTAL	%
1	HIPERTENSION ESCENCIAL (PRIMARIA)	784244	14.27
2	DIABETES MELLITUS	484669	8.82
3	FARINGITIS AGUDA	214758	3.90
4	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL	182238	3.32
5	RINOFARINGITIS (RESFRIADO COMUN)	158250	2.88
6	INFECCIONES AGUDAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	149903	2.73
7	DORSALGIA	89810	1.63
8	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	87521	1.59
9	TRANSTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	76428	1.39
10	GASTRITIS Y DUODENITIS	70874	1.29
	OTROS DIAGNOSTICOS	316324	58.17
	TOTAL GENERAL	5495019	100



DRA. MA ESPERANZA PLASCENCIA OCHOA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN JALISCO
 ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
 POBLACION ADSCRITA A MEDICO FAMILIAR UMF No. 44 ARANDAS, JAL.
 TURNO MATUTINO**

CONSULTORIO 1

GPO DE EDAD	MUJERES	HOMBRE	TOTAL
85 Y MAS	9	17	26
80 - 84	19	10	29
75 - 79	35	14	49
70 - 74	33	22	55
65 - 69	43	39	82
60 - 64	74	71	145
55 - 59	87	80	167
50 - 54	82	63	145
45 - 49	104	82	186
40 - 44	94	56	150
35 - 39	65	52	117
30 - 34	52	63	115
25 - 29	32	27	59
20 - 24	27	32	59
15 - 19	62	59	121
10 - 14	61	53	114
05 - 09	145	171	316
04	23	13	36
03	19	15	34
02	27	14	41
01	13	18	31
< 01	14	14	28

CONSULTORIO 2

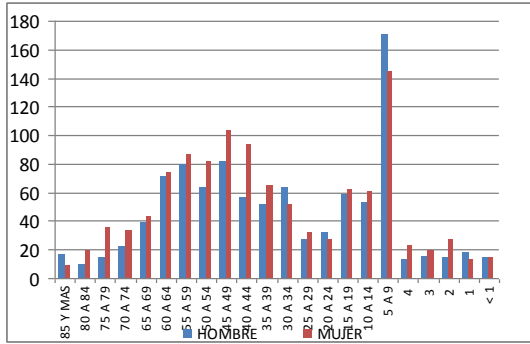
GPO DE EDAD	MUJERES	HOMBRE	TOTAL
85 Y MAS	3	6	9
80 - 84	6	4	10
75 - 79	8	9	17
70 - 74	16	13	29
65 - 69	10	12	22
60 - 64	24	22	46
55 - 59	26	22	48
50 - 54	27	23	50
45 - 49	33	29	62
40 - 44	48	47	95
35 - 39	67	58	125
30 - 34	88	74	162
25 - 29	138	123	261
20 - 24	140	124	264
15 - 19	113	117	230
10 - 14	88	82	170
05 - 09	234	238	472
04	23	24	47
03	22	23	45
02	17	16	33
01	13	13	26
< 01	10	8	18

CONSULTORIO 3

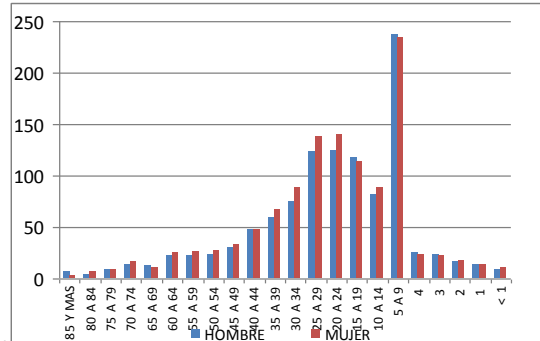
GPO DE EDAD	MUJERES	HOMBRE	TOTAL
85 Y MAS	2	4	6
80 - 84	6	4	10
75 - 79	9	12	21
70 - 74	17	13	30
65 - 69	22	18	40
60 - 64	28	22	50
55 - 59	34	38	72
50 - 54	61	48	109
45 - 49	53	54	107
40 - 44	65	54	119
35 - 39	59	62	121
30 - 34	77	71	148
25 - 29	124	112	236
20 - 24	88	94	182
15 - 19	79	83	162
10 - 14	87	77	164
05 - 09	311	302	613
04	37	32	63
03	32	31	63
02	27	22	49
01	20	21	41
< 01	13	13	26

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN JALISCO
 ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
 POBLACION ADSCRITA A MEDICO FAMILIAR UMF No. 44 ARANDAS, JAL.
 TURNO MATUTINO

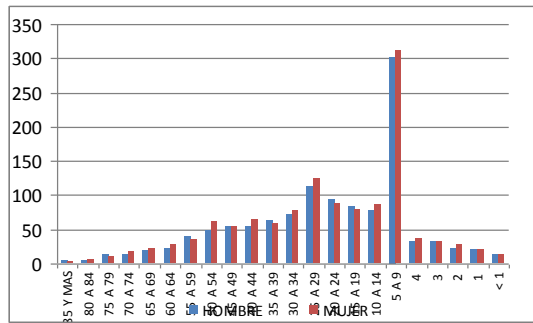
CONSULTORIO 1



CONSULTORIO 2



CONSULTORIO 3



DRA. MA ESPERANZA PLASCENCIA OCHOA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN JALISCO
 ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
 POBLACION ADSCRITA A MEDICO FAMILIAR UMF No. 44 ARANDAS, JAL.
 TURNO MATUTINO

CONSULTORIO 1

NIÑOS	ADOLESCENTES	HOMBRES	MUJERES	ADULTO MAYOR
0 A 9	10 A 19	20 A 59	20 A 59	60 Y MAS
486	235	455	543	386

< 1	1	2	3	4	1 A 4
28	31	41	34	36	142

CONSULTORIO 2

NIÑOS	ADOLESCENTES	HOMBRES	MUJERES	ADULTO MAYOR
0 A 9	10 A 19	20 A 59	20 A 59	60 Y MAS
641	400	500	567	133

< 1	1	2	3	4	1 A 4
18	26	33	45	47	151

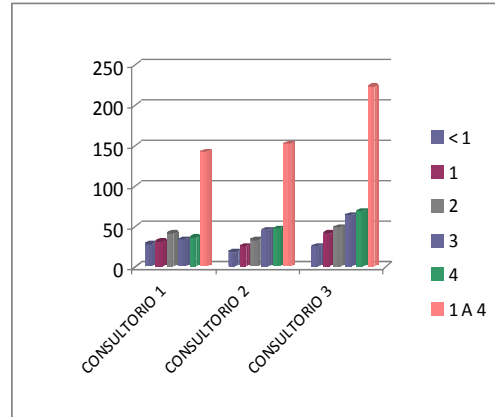
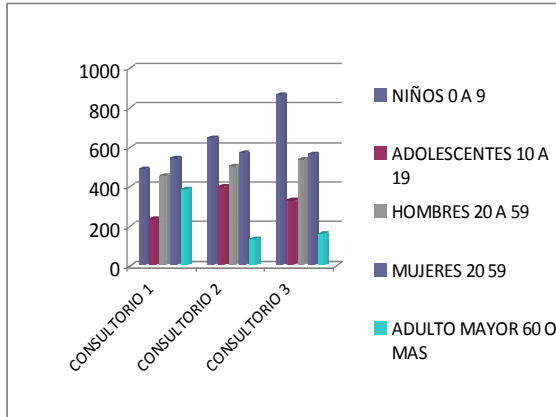
CONSULTORIO 3

NIÑOS	ADOLESCENTES	HOMBRES	MUJERES	ADULTO MAYOR
0 A 9	10 A 19	20 A 59	20 A 59	60 Y MAS
861	326	533	561	157

< 1	1	2	3	4	1 A 4
26	41	49	63	69	222

DRA. MA ESPERANZA PLASCENCIA OCHOA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN JALISCO
 ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
 POBLACION ADSCRITA A MEDICO FAMILIAR UMF No. 44 ARANDAS, JAL.
 TURNO MATUTINO



DRA. MA ESPERANZA PLASCENCIA OCHOA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN JALISCO
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
POBLACION ADSCRITA A MEDICO FAMILIAR UMF No. 44 ARANDAS, JAL.
TURNO VESPERTINO

CONSULTORIO 1

GRUPO DE EDAD	MUJERES	HOMBRE	TOTAL
85 Y MAS	3	5	8
80 - 84	7	11	18
75 - 79	9	6	15
70 - 74	17	14	31
65 - 69	22	21	43
60 - 64	34	34	68
55 - 59	54	53	107
50 - 54	73	77	150
45 - 49	99	87	186
40 - 44	99	103	202
35 - 39	127	114	241
30 - 34	128	123	251
25 - 29	78	72	150
20 - 24	87	72	159
15 - 19	107	83	190
10 - 14	84	92	176
05 - 09	305	289	594
04	27	17	44
03	22	22	44
02	19	16	35
01	13	8	21
< 01	8	12	20

CONSULTORIO 2

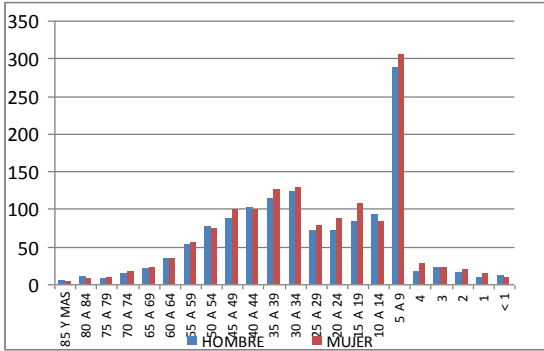
GPO DE EDAD	MUJERES	HOMBRE	TOTAL
85 Y MAS	6	3	9
80 - 84	12	7	19
75 - 79	11	17	28
70 - 74	18	15	33
65 - 69	19	12	31
60 - 64	18	22	40
55 - 59	49	33	82
50 - 54	54	50	104
45 - 49	63	73	136
40 - 44	92	92	184
35 - 39	94	87	181
30 - 34	102	108	210
25 - 29	97	85	182
20 - 24	94	83	177
15 - 19	80	78	158
10 - 14	57	51	108
05 - 09	294	278	572
04	54	60	127
03	42	48	90
02	33	29	62
01	27	25	52
< 01	18	11	29

CONSULTORIO 3

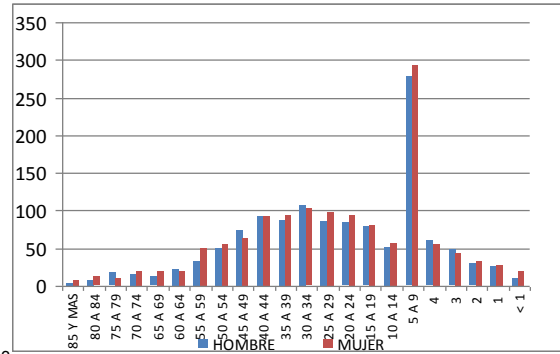
GPO DE EDAD	MUJERES	HOMBRE	TOTAL
85 Y MAS	10	4	14
80 - 84	8	8	16
75 - 79	17	13	30
70 - 74	24	14	38
65 - 69	40	41	81
60 - 64	59	57	116
55 - 59	53	39	92
50 - 54	69	62	131
45 - 49	60	67	127
40 - 44	80	60	140
35 - 39	73	87	160
30 - 34	94	92	186
25 - 29	94	89	183
20 - 24	107	89	196
15 - 19	81	103	184
10 - 14	61	53	114
05 - 09	282	284	566
04	60	67	127
03	49	54	103
02	35	38	73
01	31	17	48
< 01	27	29	56

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN JALISCO
 ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
 POBLACION ADSCRITA A MEDICO FAMILIAR UMF No. 44 ARANDAS, JAL.
 TURNO VESPERTINO

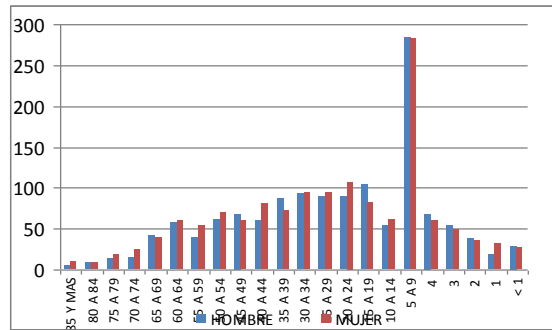
CONSULTORIO 1



CONSULTORIO 2



CONSULTORIO 3



DRA. MA ESPERANZA PLASCENCIA OCHOA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN JALISCO
 ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
 POBLACION ADSCRITA A MEDICO FAMILIAR UMF No. 44 ARANDAS, JAL.
 TURNO VESPERTINO

CONSULTORIO 1

NIÑOS	ADOLESCENTES	HOMBRES	MUJERES	ADULTO MAYOR
0 A 9	10 A 19	20 A 59	20 A 59	60 Y MAS
758	366	701	745	183

< 1	1	2	3	4	1 A 4
20	21	35	44	44	144

CONSULTORIO 2

NIÑOS	ADOLESCENTES	HOMBRES	MUJERES	ADULTO MAYOR
0 A 9	10 A 19	20 A 59	20 A 59	60 Y MAS
919	266	611	645	160

< 1	1	2	3	4	1 A 4
29	52	62	90	114	318

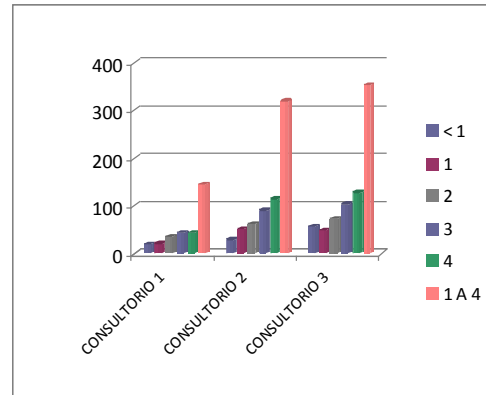
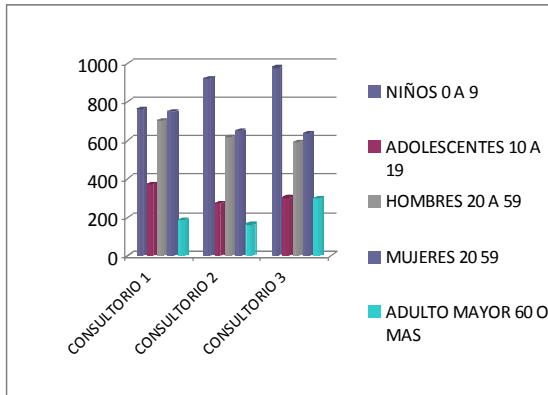
CONSULTORIO 3

NIÑOS	ADOLESCENTES	HOMBRES	MUJERES	ADULTO MAYOR
0 A 9	10 A 19	20 A 59	20 A 59	60 Y MAS
973	298	585	630	295

< 1	1	2	3	4	1 A 4
56	48	73	103	127	351

DRA. MA ESPERANZA PLASCENCIA OCHOA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN JALISCO
 ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
 POBLACION ADSCRITA A MEDICO FAMILIAR UMF No. 44 ARANDAS, JAL.
 TURNO VESPERTINO



DRA. MA ESPERANZA PLASCENCIA OCHOA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN JALISCO
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

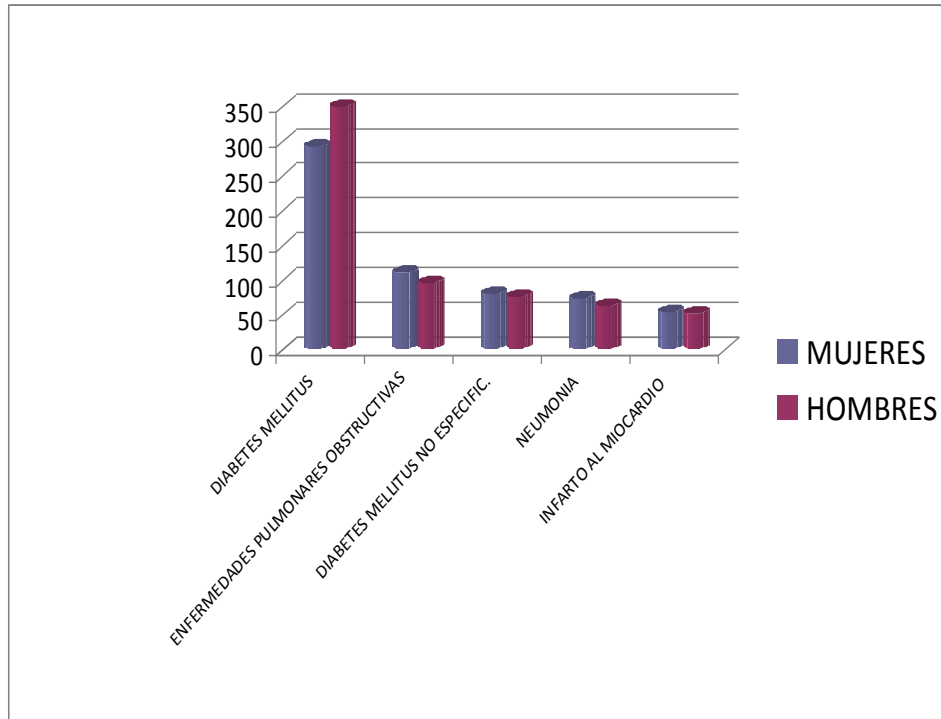
PRINCIPALES CINCO CAUSAS DE MUERTE EN JALISCO IMSS

CONCEPTO	SEXO	TOTAL	< 1	1 A 4	5 A 14	25 A 44	45 A 64	65 Y MAS
DIABETES MELLITUS	M	291	0	0	0	8	107	176
	H	349	0	0	0	11	113	225
	TOTAL	640	0	0	0	19	220	401
ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVA	M	110	0	0	0	0	13	97
	H	96	0	0	0	0	12	84
	TOTAL	206	0	0	0	0	25	181
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFIC.	M	80	0	0	0	2	33	45
	H	76	0	0	0	1	29	46
	TOTAL	156	0	0	0	3	62	91
NEUMONIA	M	74	4	0	1	5	11	52
	H	63	0	1	0	7	5	50
	TOTAL	137	4	1	1	12	16	102
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	M	54	0	0	0	2	14	38
	H	52	0	0	0	3	9	40
	TOTAL	106	0	0	0	5	23	78

DRA. MA ESPERANZA PLASCENCIA OCHOA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN JALISCO
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

PRINCIPALES CINCO CAUSAS DE MUERTE EN JALISCO IMSS



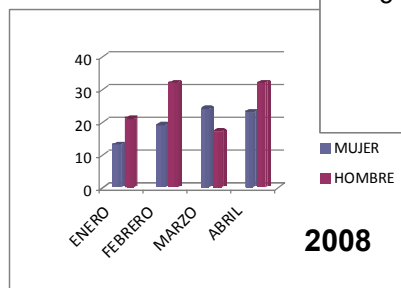
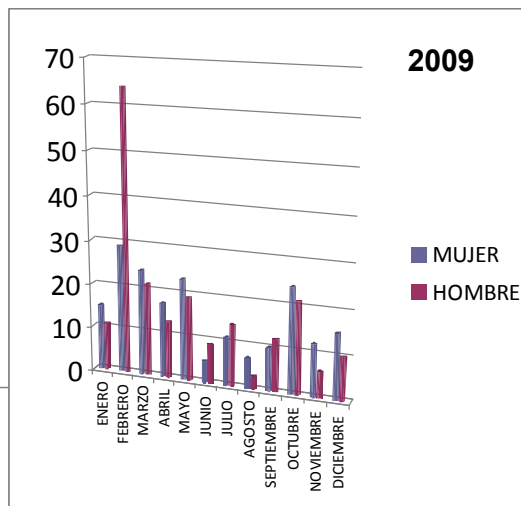
DRA. MA ESPERANZA PLASCENCIA OCHOA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN JALISCO
 ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

DETECCION DE HAS EN PERSONAS DE 20 A 59 AÑOS EN 2008 Y 2009

MES	SEXO	CANTIDAD
ENE/08	M	11
ENE/08	F	15
FEB/08	M	64
FEB/08	F	29
MAR/08	M	21
MAR/08	F	24
ABR/08	M	13
ABR/08	F	17
MAY/08	M	19
MAY/08	F	23
JUN/08	M	09
JUN/08	F	05
JUL/08	M	14
JUL/08	F	11
AGS/08	M	03
AGS/08	F	07
SEP/08	M	12
SEP/08	F	10
OCT/08	M	21
OCT/08	F	24
NOV/08	M	06
NOV/08	F	12
DIC/08	M	10
DIC/08	F	15

MES	SEXO	CANTIDAD
ENE/09	M	21
ENE/09	F	13
FEB/09	M	32
FEB/09	F	19
MAR/09	M	17
MAR/09	F	24
ABR/09	M	38
ABR/09	F	23

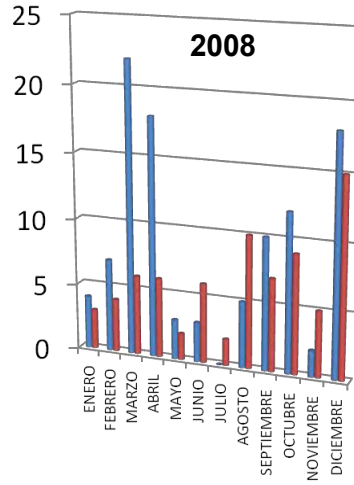


DRA. MA ESPERANZA PLASCENCIA OCHOA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION ESTATAL EN JALISCO
 ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

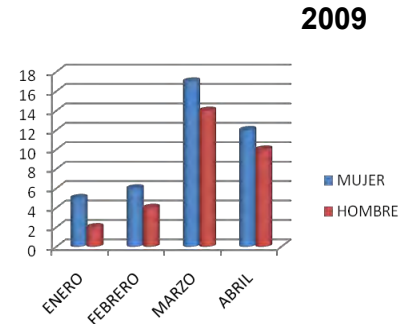
DETECCION DE DM2 EN PERSONAS DE 20 A 59 AÑOS EN 2008 Y 2009

MES	SEXO	CANTIDAD
ENE/08	M	0
	F	4
FEB/08	M	7
	F	4
MAR/08	M	22
	F	06
ABR/08	M	18
	F	06
MAY/08	M	03
	F	02
JUN/08	M	03
	F	06
JUL/08	M	0
	F	2
AGS/08	M	5
	F	10
SEP/08	M	10
	F	07
OCT/08	M	12
	F	09
NOV/08	M	02
	F	05
DIC/08	M	18
	F	06



MES	SEXO	CANTIDAD
ENE/09	M	5
	F	2
FEB/09	M	6
	F	4
MAR/09	M	17
	F	14
ABR/09	M	12
	F	10

■ MUJER
 ■ HOMBRE



DRA. MA ESPERANZA PLASCENCIA OCHOA