



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO CLAVE 8723



TESIS

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y SU
PERCEPCIÓN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

ACUÑA ZAMUDIO HECTOR

No. DE CUENTA: 410507151

ESPINOZA VALENCIA ROGELIO

No. DE CUENTA: 409511877

OREGEL ZAMUDIO GUILLERMINA

No. DE CUENTA: 410507388

ASESOR:

PED. JUAN MANUEL AGUÍÑIGA RAMÍREZ

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN; AGOSTO DEL 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO CLAVE 8723



TESIS

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y SU
PERCEPCIÓN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

ACUÑA ZAMUDIO HECTOR

No. DE CUENTA: 410507151

ESPINOZA VALENCIA ROGELIO

No. DE CUENTA: 409511877

OREGEL ZAMUDIO GUILLERMINA

No. DE CUENTA: 410507388

ASESOR:

PED. JUAN MANUEL AGUÍÑIGA RAMÍREZ

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN; AGOSTO DEL 2014.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos infinitamente a Dios, por habernos permitido llegar hasta donde nos encontramos, por siempre guiarnos en nuestro caminar, y ser parte esencial de nuestra vida.

Agradecemos a nuestros padres que sin estimar tiempo, esfuerzo, y sobre todo su amor incondicional, nos han acompañado a lo largo de nuestras vidas y de nuestra carrera, además de siempre estar firmes.

También agradecemos a nuestras familias ya que siempre estuvieron al tanto de nuestro caminar de nuestra formación, sabemos que es un apoyo que fue de gran ayuda para nosotros.

A nuestro asesor de tesis el Med. E. P. Juan Manuel Aguiñiga Ramírez por su gran entrega y asesoramiento en nuestro trabajo, y su amistad brindada.

Agradecemos a la Escuela de Enfermería de Zamora A.C. Incorporada a la U.N.A.M. por su entrega al servicio de nuestra formación.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1 Factores de enmascaramiento de la depresión en el paciente anciano	21
3.2 Depresión en el adulto mayor	23
3.3 La calidad en la atención	27
3.4 La calidad de la atención en los servicios de salud	29
3.5 la calidad de la atención interpersonal de enfermería	30
4. OBJETIVOS	32
4.1 Objetivo general	32
4.2 Objetivos específicos	32
5. HIPOTESIS	33
5.1 Hipótesis nula	33
5.2 Hipótesis alterna	33
6. JUSTIFICACIÓN	34
7. MATERIAL Y MÉTODOS	38
7.1 Diseño del estudio:	38
7.2 Tipo de estudio:	38
7.3 Lugar:	38
7.4 Población:	38

7.5 Muestra:	38
7.6 Criterios de inclusión:	38
7.7 Criterios de exclusión:	39
7.8 Criterios de eliminación:	39
8. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	40
8.1 Variable independiente	40
8.2 Variable dependiente	40
9. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	41
10.1 Instrumento	42
11. ELABORACIÓN DE LIBRO DE CÓDIGOS.	43
12. CODIFICACIÓN FÍSICA.	45
12. RECURSOS	48
13. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	49
13.1 Instrumentos	49
13.2 Procedimiento	49
14. RESULTADOS	51
16. CONCLUSIÓN	58
17. ANEXOS	60
17.1 Consideraciones éticas	60
17.2 ESCALA YESABAG	65
17.3 ESCALA DE EVALUACION DEL USUARIO EXTERNO	67
18. BIBLIOGRAFÍA	70

1. INTRODUCCIÓN

Al final, las sociedades en conjunto y cada uno de sus individuos tienen el mismo objetivo: envejecer bien; Para ello, la salud es un requisito imprescindible.

La cantidad de conocimientos que ha desarrollado la medicina geriátrica en las últimas décadas, puede servir como base a todas las intervenciones que deben aplicarse. Por eso, es necesario adoptar una perspectiva vital.

Gozar de buena salud a una edad avanzada depende en buena parte de las intervenciones y los cambios de comportamiento que se producen antes de llegar a la vejez; si bien nunca es demasiado tarde para impulsar el cuidados de la salud, como se demuestra en otras partes, los ancianos siguen realizando actividades diarias y por lo tanto, desempeñan un papel activo dentro de su comunidad. A la luz de este hecho resulta especialmente útil examinar de cerca el concepto de

capacidad funcional, dentro de la perspectiva vital de los adultos mayores.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la prevalencia del adulto mayor en la ciudad de Zamora de Hidalgo Michoacán es de 9.4 % (2009), de acuerdo al último reporte de Instituto Nacional de Estadística y Geográfica (INEGI); constituyéndose como un grupo altamente vulnerable ya sea por efectos inherentes al tiempo, tipo de vida en las diferentes etapas realizadas, estado nutricional, situación social, cultural y familiar los que se constituyen como disparadores de trastorno de la conducta, siendo uno de ellos la depresión, habiéndose reportado directamente en la literatura nacional un 28 a 42% de prevalencia, peralta et al, Cardoso et al utilizando pruebas de screening o rastreo, que repercute directamente en la calidad de vida con la que llegan al final de su existencia. (Reséndiz F.2008; 3-10)

Considerando que uno de los principales objetivos de las instituciones del sector salud es la calidad de atención en este grupo etario adquiere relieve importante por estar en la parte final de su existencia y por ende, requieren de un trato digno, cuidados especiales en relación a su edad y patologías concomitantes. Es por ello que queremos determinar cuál es la percepción que tiene el adulto mayor de la atención del personal de enfermería de Zamora en relación a la presencia o ausencia de depresión.

3. MARCO TEÓRICO

Depresión no es solamente sentirse triste, melancólico, o desanimado, es mucho más que el desaliento que puede ser parte de la vida diaria. Esta es una enfermedad que afecta a toda la persona: sus pensamientos, sentimientos, comportamientos y su salud física.

Las personas con trastornos depresivos se deterioran notablemente desde el punto de vista mental, emocional y social; cuando la depresión se acompaña de otro padecimiento orgánico, se ensombrece su diagnóstico y entorpece su evolución. (Berlanga CC. 1999: 53-46). La depresión es difícil de diagnosticar ya que tiende a confundirse con otros padecimientos. Algunos autores (Ciurana MR 2002: 329-337). Mencionan que la depresión es más frecuente en mujeres que en

hombres; otros la describen (Illesca RR 1999: 51-57) como un grave problema de salud pública.

Se piensa que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad y ausentismo laboral. (Gándara MJJ 1997: 389-394) refiere que la depresión es uno de los motivos de consulta más frecuentes en medicina familiar.

Debido a que una gran cantidad de pacientes con depresión no llegan a ser atendidos por profesionales de la salud mental, el reconocimiento temprano por parte de los médicos familiares, así como su oportuna intervención esencial.

La depresión involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida y de relación con la estructura social. (González S. 1990) menciona que el término depresión tiene una variedad de connotaciones que dependen del contexto en el que se use.

Puede significar un sentimiento de tristeza que cae dentro del rango normal de experiencias de una persona, o un sentimiento asociado al dolor por la pérdida de algo o alguien importante, y finalmente puede representar un grado anormal de humor disfórico asociado a otras características que lo distinguen claramente como un estado anormal.

(Ciurana MR. 2002: 333-340) menciona que aproximadamente 50% de los pacientes con depresión no son detectados en atención primaria y que en los países industrializados, la incidencia de los trastornos depresivos va en aumento. En cuanto al género, se calcula que se presenta en 8 al 12% de los varones y 20 al 26% en las mujeres' observándose como una constante la proporción de dos mujeres por un varón. (Illesca RR 1999: 51-57)

La distribución de la depresión según el sexo ha sido objeto de diversas interpretaciones, aunque exactamente no se sabe la causa, probablemente se debe a una combinación de diferencias relacionadas con el género, estilo cognitivo, ciertos factores biológicos y a una alta incidencia de estrés psicosocial en la mujer.

Es importante señalar que es mayor el número de mujeres que solicitan atención médica y también que tienen mayor facilidad para expresar conflictos emocionales, lo cual puede incidir en que se diagnostique más la depresión en ellas que en los varones.

La encuesta con adultos permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años (IC 95%=4.0-5.6), solamente -superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia

anual de 6.8% (IC 95%=5.6-7.9). (De la Fuente R. 1994) Un estudio en cuatro ciudades mexicanas, en el que se usó el CIDI, estimó que una de cada ocho personas (12.8%) padece trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presentó en el último año (6.1%).

Se encontró que el sexo, la edad y el nivel educativo se asocian con la prevalencia de depresión en el «último año». (Slone LB. 2006: 158-167).

Uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública, es el alto grado de discapacidad que generan.

Los estudios simultáneos y comparables en 15 países de la Encuesta Mundial de Salud Mental, mostraron que, en general, las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, fundamentalmente debido a la mayor discapacidad social y en el ejercicio de las tareas personales cotidianas, pues la discapacidad en las tareas productivas por

trastornos físicos y mentales fue similar. (Ormel J. 2008: 368-375).

Paradójicamente, una proporción menor de casos con trastornos mentales, recibió tratamiento, aun en los casos en que la discapacidad había sido definida como grave.

La Encuesta Mundial de Salud Mental determinó que, en el caso específico de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave (IC 95%=17.0-36.1), y alrededor de siete, la gravedad fue moderada (IC 95%=3.9-10.8) Comorbilidad y agravamiento de otros problemas de salud.

La multitud de estudios en diversos países informa acerca de la presencia conjunta de trastornos depresivos y otros problemas de salud, tanto físicos como emocionales.

Los ejemplos abundan en cuanto a diversos padecimientos comórbidos con la depresión, entre los que se incluyen enfermedades del corazón; (Burvill PW. 1995: 21-31.)

Diabetes Mellitus (Scott KM. 2009: 33-43). Hipertensión Arterial, Desnutrición, Enfermedad de Parkinson, Síndrome de intestino irritable, (Reséndiz-Figueroa FE. 2008 3-10).

Trastorno de -ansiedad, Suicidio e ideación suicida y complicaciones en el tratamiento de Cáncer, entre otros. Un ejemplo claro y contundente es el de la asociación entre depresión y trastornos cardiacos.

Los hallazgos de estudios realizados en países desarrollados en las tres décadas anteriores, que ligan los trastornos depresivos con enfermedades cardiacas, se han replicado a través de un estudio que utiliza datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental, en la cual se reporta que las personas que padecen depresión tienen un riesgo dos veces mayor de presentar también

enfermedad del corazón que las que no tienen depresión (*odds ratio*, OR=2.1; IC 95%=1.9-2.5).

En este sentido, destaca un estudio reciente conducido en Nueva Zelanda que encontró que, en 80% de los casos de comorbilidad, la depresión antecedió a la enfermedad cardíaca.

(Williams ED. 2011; 10-19) El estudio está basado en una muestra relativamente pequeña, por lo que será necesario replicar estos hallazgos antes de que se puedan alcanzar conclusiones más firmes.

En cualquier caso, es importante rescatar aquí que encuestas et al, muestran que las personas que cursan con un trastorno de ansiedad o depresivo tienen consistentemente cerca de cuatro veces mayor probabilidad de presentar discapacidad significativa; que quienes cursan con algún otro padecimiento físico comórbido, como diabetes.

(OR= 3.8 ; IC 95%= 3.5. 4.2), enfermedad respiratoria (OR= 3.9 ; IC 95%= 3.6. 4.3), enfermedad del corazón (OR= 4.0 ; IC 95%= 3.7. 4.3) o artritis (OR= 4.0 ; IC 95%= 3.5. 4.4).

Adicionalmente, los autores hallaron que la combinación de trastornos físicos y mentales genera mayor discapacidad que cuando los trastornos ocurren por separado. Por ejemplo, las personas que padecían trastornos mentales y diabetes al mismo tiempo, tuvieron un riesgo aproximadamente nueve veces mayor de discapacidad que quienes no tuvieron ningún trastorno (OR= 8.8; IC 95%=6.9. 11.1), y siete veces mayor para quienes padecieron comorbilidad psiquiátrica y enfermedad del corazón (OR= 6.9; IC 95%= 5.7. 8.4).

Otro ejemplo de cómo los trastornos depresivos afectan el curso de la enfermedad y su tratamiento, se encuentra en una revisión de la bibliografía recientemente publicada en torno al cáncer testicular.

En ella se destaca que la asociación de cáncer con depresión, está ampliamente documentada, y se ejemplifica por referencia que puede tener buen pronóstico con el tratamiento adecuado: cirugía y/o quimioterapia, pero la depresión puede emerger con mayor gravedad durante esta etapa, afectando la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente, además de aumentar la estancia hospitalaria. (Téllez L. 2001; 1751-1757).

Cabe mencionar que un estudio que incluyó a personas con diabetes en México, encontró una tasa alta de comorbilidad con depresión (39%), con mayor prevalencia en las mujeres, las personas viudas o divorciadas y quienes tenían niveles más altos de glucosa. (Téllez-Zenteno JF. 2002; 53-60). Más aún, otro estudio encontró que los pacientes con depresión tenían dos veces menos adherencia al tratamiento de la diabetes que pacientes sin depresión. (Lerman I. 2004; 566-570).

Sin embargo, algunos autores como (Fisher L. 2001; 1751-1757) llaman la atención en el sentido de considerar la problemática psicosocial en su conjunto y no solamente enfocar la atención en el tratamiento de la depresión, ignorando los otros problemas. (Fisher L. 2001: 1751-1757).

En el caso de población anciana, un reporte con una muestra representativa de la Ciudad de México comparó las tasas de utilización de servicios de salud de acuerdo con la presencia o ausencia de depresión y morbilidad grave en los últimos seis meses y encontró que las personas con depresión y sin comorbilidad reciente tuvieron una razón 64% mayor que las que no tenían depresión (OR=1.64; IC 95%=1.3. 2.1), y para las que tenían comorbilidad y depresión la razón fue aún mayor (OR=2.6; IC 95%=2. 3.3).

El estudio del contexto sociocultural de la depresión llamó la atención acerca del sentimiento de soledad que los adultos mayores ligan fuertemente con conceptos de la depresión, a pesar de que la soledad no es parte del criterio profesional de la depresión. (Barg FK. 2006:329-339).

Los ancianos explicaron cómo la depresión no era simplemente equiparable a la soledad. En cambio, la soledad era vista como un precursor de la depresión. Los adultos mayores tomaron de sus ideas acerca del envejecimiento cuando dijeron que la soledad está muy relacionada con el envejecimiento.

Sin embargo, la soledad fue vista como algo a evitar como responsabilidad individual, consistente con la idea de que uno debe «levantarse a uno mismo sin ayuda de nadie» para superar la depresión. (Switer J. 2006: 1207-1216).

Las personas que ven la depresión en términos de soledad. (Barg FK. 2006:329-339) establecen conexiones cercanas entre las condiciones médicas y la depresión, (Bogner HR. 2008: 652-657) o que tienen modelos culturales de la depresión que enfatizan los aspectos sociales, (Joo JH. 2011; 1065-1074) no parecen aceptar medicamentos como una primera línea de tratamiento.

3.1 Factores de enmascaramiento de la depresión en el paciente anciano

1. Muchos tienen dificultad para reconocer que están deprimidos y quejarse.
2. No es infrecuente que los síntomas centrales de la depresión, como la pérdida de interés, la astenia, la pérdida de energía, la disminución del apetito, las alteraciones del sueño, el enlentecimiento psicomotor o los problemas de concentración, sean atribuidos erróneamente al envejecimiento.
3. El humor depresivo pasa desapercibido, en ocasiones, por el aplanamiento afectivo de algunos ancianos, que se interpreta como serenidad.
4. Más de dos tercios de los casos presentan quejas somáticas predominantes y hasta en el 30% la somatización es el síntoma inicial de la enfermedad. Se quejan de problemas de memoria, gastrointestinales, malestar general, dolores osteomusculares, etc., junto a una negación de los sentimientos de depresión y una ausencia de tristeza.

5. La sintomatología hipocondríaca es frecuente. Son quejas cardiovasculares, urinarias y gastrointestinales. A menudo se da la presencia concomitante de una enfermedad somática, que dificulta aún más. Casi un tercio de los ancianos con una enfermedad física sufre, asimismo, depresión.

6. La sintomatología delirante no es rara en el anciano deprimido, por lo que se corre el riesgo de tratarle solo con neurolepticos. Es frecuente encontrar ideas de persecución, de celos o de prejuicio.

7. La ansiedad puede enmascarar un cuadro depresivo y conducir a la prescripción aislada de ansiolíticos con el riesgo de cronificar el trastorno y desarrollar dependencia.

3.2 Depresión en el adulto mayor

La geriatría, desde el punto de vista etimológico, significa medicina de los ancianos, es decir, es la rama de la medicina que se encarga del estudio del adulto mayor como la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la vejez, así como de su recuperación funcional e incorporación social.

A su vez, la gerontología, estudia el envejecimiento y sus diferentes aspectos: biológicos, médicos, psicológicos y socioeconómicos.

La depresión no es algo normal en el proceso de envejecimiento y la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores, puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza (Gallo y Rabins, 1999).

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

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

Se puede resaltar que la vejez no habla de una enfermedad, pero, no se puede descartar trastornos físicos, psicológicos y sociales.

El envejecimiento es más bien, un proceso natural en el cual influyen muchos factores como son: la herencia genética, estilo de vida, sociedad en que se desenvuelve, etc.

Según las ciencias que estudian a los ancianos, las edades en que una persona comienza a envejecer son:

45 a 60 años / edad intermedia.

60 a 70 años / senectud gradual.

70 a 90 años / vejez declarada.

Más de 90 años / longevidad (largo vivir).

Está visto que al llegar a la senectud gradual, hay declive en la funcionalidad para ejercer diferentes actividades como: bañarse, vestirse, alimentarse, uso del sanitario, movilizarse, hacer compras, usar teléfono, etc.

Dicho descenso de las continuas actividades humanas en las cuales, el adulto mayor, ha causado, condiciones psicosociales para él lamentables, ya que este empieza a ser o considerarse una carga más, para sus familiares llevándolos a tomar otras alternativas como el maltrato, que se considera como hacer daño, deteriorando el estado no sólo físico, sino también anímico.

El maltrato en la actualidad en el adulto mayor, es el abandono. La incapacidad de satisfacer las diferentes funcionalidades y necesarias, implica el apoyo de que otros se hagan cargo de llevar a cargo sus funciones.

El decaimiento del adulto mayor depende mucho del descuido psicológico, que la mayoría de las veces el familiar o la sociedad misma propicia, al descuidarlo o bien desligarse de toda responsabilidad, lo cual lo refleja no tomándolo en cuenta en

decisiones simples u optando hospedando en instituciones de asistencia para su cuidado.

Estos malos tratos son los causantes de que muchas de las veces el AM tengan tendencia a la depresión por abandono familiar o social, por sentirse menos importante al acudir solo a consulta médica.

3.3 La calidad en la atención

A través de la historia, la enfermera se ha preocupado por adquirir conocimientos que fundamenten las acciones de enfermería, para brindar a los pacientes una mejor calidad de atención. Señala Vouri que a mediados de 1800, fue Florencia Nightingale la primera persona en salud que se preocupó de registrar cada procedimiento y técnica ejecutada a los pacientes, incorporando herramientas estadísticas que permitieron obtener resultados increíbles en los valores de la mortalidad institucional,

El primer indicio médico para mejorar la calidad de la atención aparece en 1846 cuando se instituye la Asociación Médica Americana siendo precisamente este uno de sus objetivos.

En 1965 inicia sus trabajos de calidad el Doctor Avedis Donabedian, una de las máximas autoridades en este campo; define la calidad de la atención como el tipo de atención que se espera, que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez que se ha tomado en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas, que se relacionan con todas las partes del proceso de atención. Donabedian describe que los servicios de salud, hay que estudiarlos en tres niveles: Estructura, Proceso y Resultado; y que a su vez se relacionan con tres dimensiones: Técnica, Interpersonal y Confort.

3.4 La calidad de la atención en los servicios de salud

Es responsabilidad de los diferentes grupos que laboran en un hospital, sin embargo el papel de la enfermera es de particular importancia, es quien brinda atención directa y está en contacto por más tiempo con el paciente, por lo que una atención interpersonal de buena calidad, es necesaria para lograr la satisfacción de los pacientes ya que, como menciona Donabedian, son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención como un todo, incluyendo los méritos técnicos. (Donabedian A. 1990; 13-43)

La dimensión interpersonal: se define como el respetar al paciente como ser humano integral para lograr la satisfacción plena. Este aspecto de la calidad pone de manifiesto la habilidad para establecer relaciones interpersonales positivas y la actitud de los prestadores de servicios.

Para su evaluación influye: la presentación del personal de enfermería; el establecimiento de una relación empática, que refleje interés por ayudar al paciente a recuperar la salud; la amabilidad y la prontitud con que se le otorgue el servicio. Se recomienda el método de encuesta de opinión, para conocer el grado de satisfacción de los usuarios con el servicio, mediante el cual el paciente puede externar su punto de vista. Las normas que rigen el manejo del proceso interpersonal surgen de los valores, principios y reglas éticas que gobiernan las relaciones entre las personas en general y entre los profesionales de la salud y sus pacientes en particular.

3.5 la calidad de la atención interpersonal de enfermería

Peplau definió la enfermería como un proceso terapéutico e interpersonal que funciona en forma coordinada con otros procesos humanos que hacen posible la salud para el individuo, la familia y la comunidad, por lo que podemos definir la calidad de la atención interpersonal de enfermería como:

La relación de respeto y comunicación que se establece entre enfermera y paciente para lograr su satisfacción. El respeto debe ser a los pacientes, a su integridad y a su particular forma de pensar, a sus creencias y decisiones, evitando en nuestro trato: Gritar, criticar, insultar o regañar al paciente.

La calidad de la atención interpersonal de enfermería debe incluir: atención oportuna que se define como brindar atención al paciente en el momento que lo solicite, y de conformidad con su tratamiento. El trato amable que es establecer una relación de empatía con el paciente y la comunicación. La satisfacción del paciente se ha definido como la percepción que tiene este de la atención que recibe e incluye: atención oportuna, amabilidad en el trato y comunicación. (Álvarez P. 1998; 20-28)

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor y la percepción en la calidad de atención por el personal de enfermería en el Hospital General de Zamora Michoacán.

4.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de depresión en adulto mayor en relación a género.
- Determinar el grado de percepción de calidad en base al género.

5. HIPOTESIS

5.1 Hipótesis nula

La diferencia en la percepción de calidad de atención por el personal de enfermería en el adulto mayor con o sin depresión, pueden ser expresados por efectos del azar.

5.2 Hipótesis alterna

La percepción de la calidad de atención por el personal de enfermería en el adulto mayor, está en relación a la presencia de depresión.

6. JUSTIFICACIÓN

La depresión es frecuentemente sub diagnosticada y por ende, sub-atendida, generalmente la sintomatología es atribuible a actitudes propias de la edad generando deterioro en la calidad de vida del paciente.

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, y una de las principales causas de discapacidad, ubicándose en 1990 en el 4º lugar en el mundo, es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, (OMS. 2001; 18-33) su prevalencia en este grupo de edad es de 15 al 36 % en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40 % en la hospitalizada; predomina en el sexo femenino.

En 1994 se estimó una pérdida de 1.5 millones de años vida ajustados por discapacidad en países occidentales, siendo esta cifra mayor en países en vías de desarrollo.

La depresión impacta sobre el funcionamiento social y ocupacional del individuo, y del social y económico de la familia, hecho que puede incrementarse en presencia de hospitalización por otras enfermedades crónico degenerativas incapacitantes como la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Artritis Reumatoide. (Moussavi S. 2007:851-858).

En los últimos años, México ha sufrido un cambio demográfico, donde se ha invertido la pirámide poblacional generando que el envejecimiento de la población se acelere significativamente en el presente siglo .Se calcula que el número de adultos mayores aumentará de 6,8 millones en 2000 a 22,2 millones en 2030 y a 36,2 millones en 2050. Sin embargo, el aumento en la esperanza de vida no significa necesariamente una mejoría en las condiciones de salud. Al contrario, uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor, es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognitivas.

Estos cambios limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda.

Con el aumento del número de ancianos, habrá también incremento de las necesidades de salud de este sector de la población, una mayor prevalencia de uno de los problemas más temidos de la vejez: la dependencia funcional. Su importancia está dada por las consecuencias que conlleva, entre las que destacan las de carácter personal (como la disminución de la autoestima y del bienestar autopercebido), las de carácter familiar (como el cambio de las rutinas y las relaciones entre los miembros de la familia), la prestación de cuidados especiales, el colapso del cuidador, la institucionalización y, finalmente, las implicaciones económicas a nivel individual, familiar, social y de políticas de salud.

Es por ello que el adulto mayor constituye un grupo etario especial que por los factores antes referidos, puede tener una percepción diferente de la calidad de atención que recibe con la que él considera que debe recibir durante su estancia hospitalaria por el personal de enfermería, motivo por el cual se realiza el presente estudio en el Hospital General de Zamora Michoacán.

Obstáculos para la realización del estudio es que el número de pacientes hospitalizados es bajo, pero con estancia prolongada de este grupo etario a investigar, por lo que se aplicaran las encuestas durante su estancia. Otro obstáculo es el de recursos económicos (papelería, fotocopias).

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Diseño del estudio:

No experimental.

7.2 Tipo de estudio:

No probabilístico a conveniencia del investigador, durante el periodo comprendido entre 1 de Septiembre al 31 de Diciembre del 2012.

Observacional, correlacional, transversal, retrospectivo.

7.3 Lugar:

Hospital General de Zamora.

7.4 Población:

Zamora de Hidalgo; Michoacán.

7.5 Muestra:

No probabilística con 115 adultos mayores.

7.6 Criterios de inclusión:

Se tomará en cuenta a adultos mayores de 60 años, que se encuentren en estado de alerta en pleno uso de sus facultades mentales. Adultos mayores con estancia menor a 7 días.

Adultos mayores que acepten participar en el estudio, con previo consentimiento informado.

7.7 Criterios de exclusión:

Adultos mayores que no cumplieron con los requisitos de inclusión y no hayan contestado en forma completa las encuestas no acepten participar.

Adulto mayor con alteraciones neurológicas.

7.8 Criterios de eliminación:

Pacientes con estancia mayor a siete días

Que no hayan cumplido con el rango de edad.

8. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

8.1 Variable independiente

- Depresión

8.2 Variable dependiente

- Calidad de atención

9. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Operacionalización	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Depresión	Es un desorden emocional que se presenta con frecuencia en un persona tales como angustia, agitación, desesperanza, trastornos del sueño y cambios drásticos del humor tal problema se medirá a través de la escala de depresión de yesavage para detectar el índice de depresión en ambos géneros.	Cualitativa ordinal	Ordinal	Tabulación de acuerdo al grado de depresión que se presenta: A) 0-4 Normal. B) 5-8 Leve. C) 9-11 Moderada. D) 12-15 Severa.
Calidad de atención	El tipo de atención que se espera, que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez que se ha tomado en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas, que se relacionan con todas las partes del proceso de Atención.	Cualitativa ordinal	Ordinal	Tabulación de acuerdo al grado de satisfacción del usuario externo. A) Excelente. B) Buena. C) Regular. D) Mala. E) Muy mala.

10. RECOLECCIÓN DE DATOS

10.1 Instrumento

Los dos instrumentos que se utilizarán en este estudio son: Escala de depresión geriátrica, y escala de satisfacción del usuario externo.

Procedimiento

1.- Se realiza un análisis de cuantos pacientes >60 años están hospitalizados en el Hospital General Zamora

Con antecedentes de portador de depresión o enfermedad depresiva.

2.- Escala de satisfacción de la calidad de atención del usuario externo en sector salud.

Se realiza la suma del puntaje de los ítems que son positivos para la depresión de cada uno de los instrumentos, y se registra en cada persona entrevista el puntaje obtenido, estableciéndose cuatro categorías que a continuación se describen.

11. ELABORACIÓN DE LIBRO DE CÓDIGOS.

INSTRUMENTO EDG
YESAVAGE

Cuestionario “calidad”
de atención usuario de
sector salud.

Columnas (valores de las categorías o sub categorías)

Se establecieron cuatro categorías que agrupaban diferentes ítems

1.-Adultos mayores con percepción de satisfacción de la calidad de atención del usuario externo.

2.-Adultos mayores con mala percepción de satisfacción de la calidad de atención del usuario externo.

3.- Adultos mayores con depresión escala de Yesavage si tenían cinco o más puntos.

Subcategorías (respuesta positiva a los ítems: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10,12, 14 y 15 respuesta negativa ítems 1, 5, 7, 11 y 13)

Subcategorías: leve puntaje de 5 a 8, moderada de 9 a 11 y severa de 12 a 15 puntos.

4.- Adultos mayores sin depresión escala de Yesavage si tenían cinco o más puntos

(Respuesta positiva a los ítems: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10,12, 14 y 15 respuesta negativa ítems 1, 5, 7, 11 y 13)

Subcategorías: Leve, puntaje de 5 a 8, moderada de 9 a 11 y severa de 12 a 15 puntos.

Subcategorías: leve puntaje de 5 a 8, moderada de 9 a 11 y severa de 12 a 15 puntos. Categoría Puntaje obtenido

12. CODIFICACIÓN FÍSICA.

Se generó matriz de datos, misma que se realiza al vaciar las respuestas de los ítems de ambos instrumentos, de acuerdo con el libro de código en el programa estadístico utilizándose, SPSS XVIII, generándose un archivo que se identificó con el nombre y contiene los datos recolectados y codificados.

a) Diseño y construcción de bases de datos.

Los datos se presentan con tablas de tipo bi-variable, que contienen un título: qué, dónde, cómo y cuándo; un cuadro que consta de tres elementos: encabezado, columna matriz, columna de datos y notas de pie.

Como la muestra consta de un número grande de elementos, agrupamos las magnitudes encontradas dentro de intervalos de valores denominados clases, formando

distribución de frecuencias. Severidad de la depresión en adultos mayores del Hospital General Zamora.

Serie de clases Severidad de la depresión	Frecuencia observada	
	Número casos	Porcentaje
Sin depresión (0 a 4 puntos)		
Leve (de 5 a 8 puntos)		
Moderada (9 a 11 puntos)		
Severa (mayor de 12 puntos)		
Total		

b) Análisis estadístico de datos.

Estadística no paramétrica para variables cualitativas, Ji cuadrada para determinar si existe asociación entre dos variables categóricas y riesgo relativo para determinar grado de asociación entre dos variables.

Se hace un análisis epidemiológico de los resultados en primer lugar en forma descriptiva utilizando frecuencias y porcentajes, y como parámetros inferenciales se utilizó la Ji cuadrada (con o sin corrección de Yates), y la determinación del factor de riesgo. El nivel de significancia para determinar diferencias estadísticamente significativas fue convencionalmente fijado en $p \leq 0,05$.

12. RECURSOS

Recursos Humanos: está constituido por estudiantes de enfermería encargadas de la recolección de datos, y médico supervisor de la tesis.

Recursos materiales: Papelería (hojas de máquina, lápiz, pluma) computadora.

Recursos económicos especiales no se ocupan ya que los gastos de papelería serán cubiertos por los estudiantes responsables de la tesis.

13. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

13.1 Instrumentos

Los dos instrumentos que se utilizarán en este estudio son: la Escala de Depresión Geriátrica (EDG) creada por Yesavage versión corta, y evaluación de satisfacción del usuario externo.

13.2 Procedimiento

1.- Se realiza un análisis de cuantos pacientes de 60 años o más están adscritos al HGZ.

2.- Se establece entrevista con los pacientes y familiares que acompañan al paciente en su estancia hospitalaria, explicándoles el motivo del estudio y se les invita a participar en la investigación.

3.- A los pacientes o familiares que acepten se les solicita que firmen una carta de consentimiento informado.

4.-. Aplicación de cuestionarios.

5.- Se establece inicialmente un grupo de pacientes de 60 años, a quienes se les aplica el instrumento de Yesavage y de acuerdo al mismo, se establecen dos grupos. El grupo A) con el antecedente de ser portador de depresión; y el grupo B), que no presenta enfermedad depresiva. A ambos grupos se les aplica el cuestionario de satisfacción del usuario externo del sector salud.

6.- Concentrado de la información en una base de datos de Excel.

14. RESULTADOS

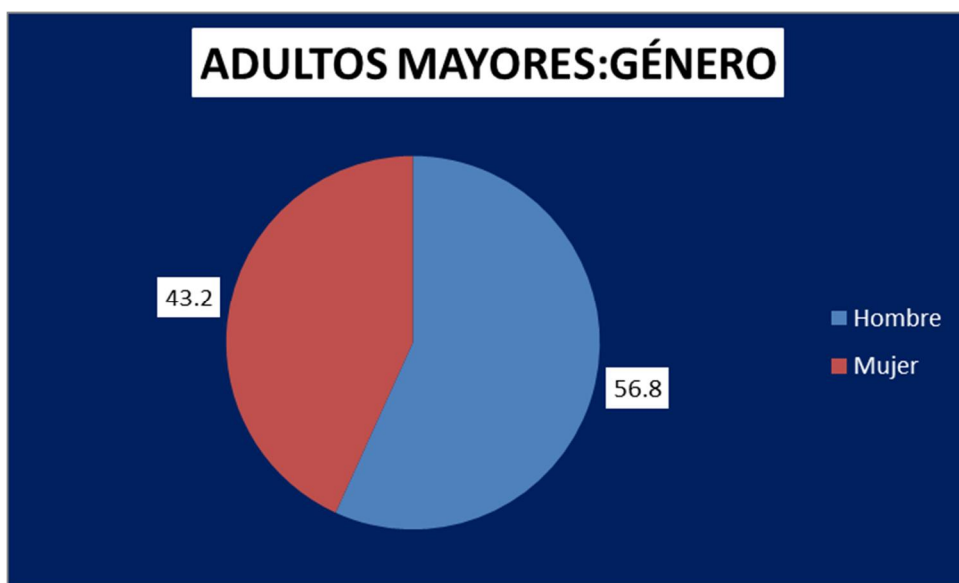
Se realizaron 115 entrevistas y aplicación de los cuestionarios en forma de entrevista, eliminándose 19 por cédulas con llenado incompleto y siendo mayor la prevalencia de depresión en el sexo femenino, con un 44.7%, encontrándose mínima la diferencia en su magnitud con 20.2% a favor de la depresión leve, con una $p = 0.39$, como se observa en la tabla 1.

Tabla no. 1 GRADO DEPRESIÓN EN RELACIÓN AL GÉNERO

NIVEL DE DEPRESION	FRECUENCIA ABSOLUTA		FRECUENCIA RELATIVA	
	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES
SIN DEPRESION	0	0	0	0
DEPRESION LEVE	21	40	55.2	71.4
DEPRESION MODERADA	9	8	23.6	14.21
DEPRESION GRAVE	8	8	21.0	14.21

FUENTE ENCUESTA

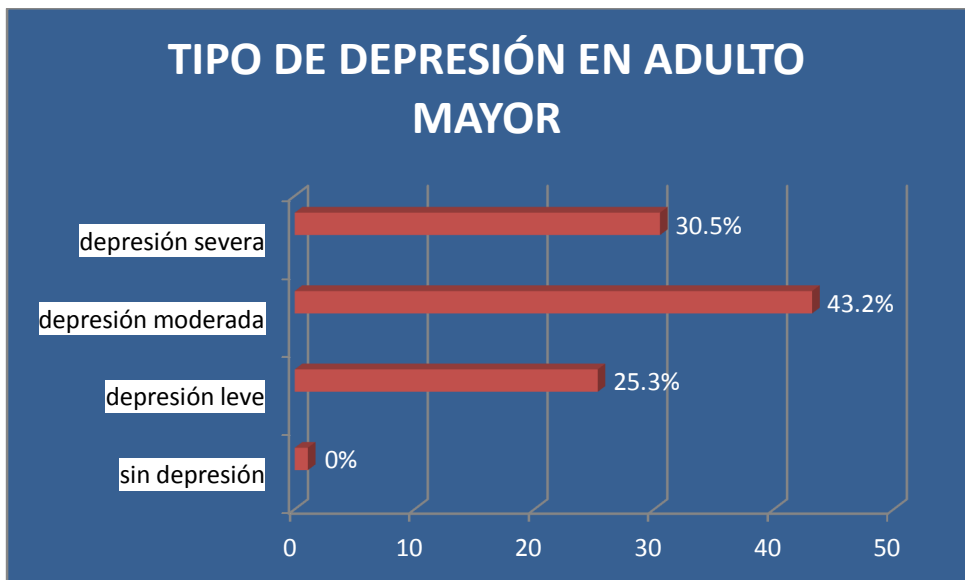
Grafico 1 DEPRESION EN ADULTOS MAYORES EN RELACION AL GÉNERO.



FUENTE ENCUESTA

Al evaluar la presencia de depresión en relación al género hay diferencia entre el sexo femenino y masculino con predominancia de este último contrastando con lo reportado en la literatura. (Gráfico 1)

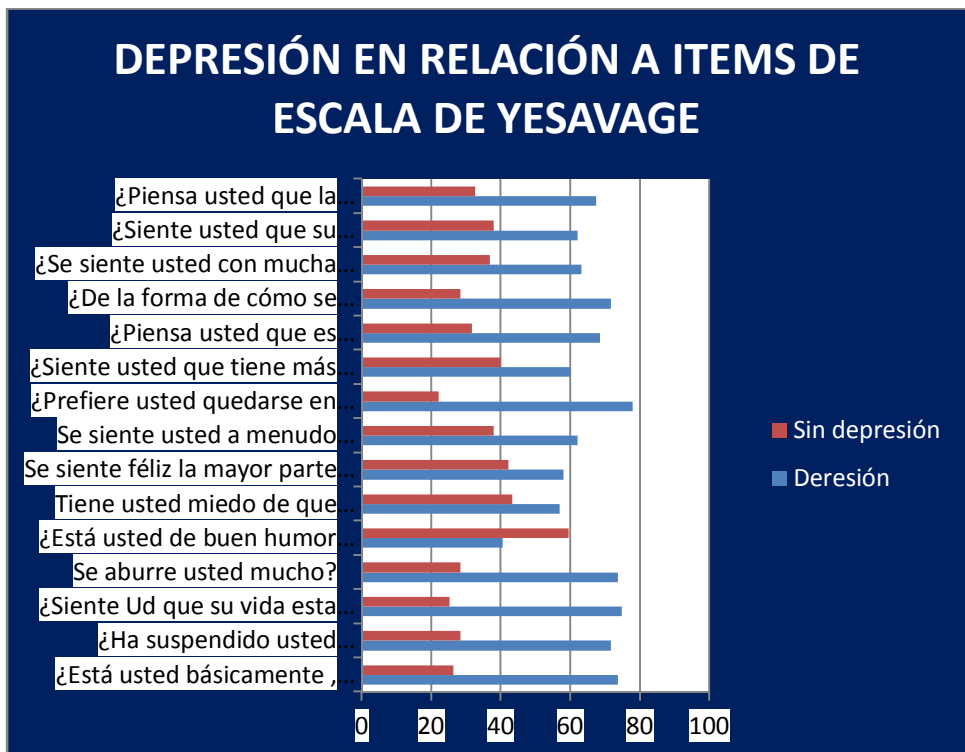
Gráfico 2 GRADO DE DEPRESION GLOBAL EN ADULTO MAYOR.



FUENTE ENCUESTA

Al evaluar el tipo de depresión global en el adulto mayor se encontró que la depresión moderada es la de mayor predominio con un 43.2 % de los pacientes hospitalizados estudiados.

GRÁFICO 3. DEPRESION EN RELACIÓN A ITEMS DE ESCALA DE YESAVAGE



Fuente encuesta.

En base a la consistencia interna del instrumento evaluado los ítems de mayor relevancia con la depresión fueron en un 80 % el de ¿prefiere usted quedarse en casa en lugar de salir?, ¿siente usted que su vida está vacía?, ¿se aburre usted mucho?

Al analizar la presencia o ausencia de depresión, en la percepción de la calidad de atención por parte del personal de enfermería en el adulto mayor con depresión, se observa que la mala percepción es mayor en mujeres con depresión leve y en varones predomina la buena percepción. Estas diferencias no tienen significancia estadística con un OR de 2,95% IC =0.17-22.8 para el sexo masculino y OR 0.77, 95% IC 0.16-3.71 como se muestra en la tabla 2.

Tabla no. 2

PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN

	BUENA		MALA		INDIFERENTES	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Depresión Leve	12	17	8	22	1	1
Depresión Moderada	9	5		3	3	
Depresión Severa	3	3	1	5		1

Fuente: encuesta.

15. DISCUSIÓN

En este estudio se documentó una prevalencia de depresión del 44.7% en pacientes sexo femenino y de 28.5% en sexo masculino; la prevalencia difiere con lo reportado por Ávila y Funes (Avila FJA: que reporta una prevalencia de 66% en población abierta, realizado en la población metropolitana, de México, Distrito Federal; y a lo reportado por Wilson Escalante (Wilson E. 2009; 244-246) en adultos mayores de 60 años residentes de la Cd de México, con la desigualdad de haberse realizado en población abierta, y de lo reportado por González Pedraza en adultos mayores de 60 años, con pacientes ambulatorios de una unidad de medicina familiar en la Ciudad de México (González PA. 2010; 5-15) de 57.3 % . En relación al género, existe relación de 2-1 a favor del sexo femenino, contrario lo reportado por (Reiger AD. 1988; 977-986)

La percepción de calidad de atención por parte del personal de enfermería del adulto mayor hay diferencias relacionadas al género, sin embargo estas diferencias no tienen

significancia estadística y pueden ser explicadas por efectos del azar o circunstanciales.

Limitaciones del estudio: tamaño de la muestra, por ser pequeña, y ello influye en los resultados, así como no haber incluido en el estudio, al cuidador del paciente, a la familia, tipo de familia, rol que actualmente desempeña dentro de familia, dependencia o no económica, presencia o ausencia de enfermedad crónico degenerativa o enfermedad terminal, debido a participación que es fundamental para el desarrollo o no del estado depresivo del paciente.

16. CONCLUSIÓN

Existe una inversión de la pirámide poblacional del país y por ende, un mayor número de personas mayores de 60 años. El envejecimiento es un proceso natural, gradual y adaptativo, caracterizado por disminución de la respuesta adaptativa propiciada por los cambios inherentes de la edad y el desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo, favoreciendo la presencia de enfermedades psicopatológicas, sin que la edad cronológica represente siempre la edad biológica.

Este periodo de vejez coincide con la depresión, y se relacionan de manera tal que la vejez es una etapa de pérdidas (sociales, culturales, laborales, personales, de pareja, de roles familiares, económicas), y que se da una relación entre estas pérdidas y la depresión. Asociado a estas pérdidas, con frecuencia la persona se encuentra en la etapa de declive en su salud, por lo que se convierte en un paciente complejo durante su

estancia hospitalaria, pero no obstante, tiene el derecho de una atención de digna y de calidad, así como a un respeto por parte del personal de salud de su privacidad, de sus creencias y de sus carencias.

Finalmente, la prevalencia en nuestro estudio es mayor a lo reportado por la ENEGI 2009, y la percepción de calidad de atención del adulto mayor es buena.

17. ANEXOS

17.1 Consideraciones éticas

Se solicitará la participación de los pacientes en el estudio, previo consentimiento informando en relación a las expectativas del mismo, y la seguridad de estricta confidencialidad de los datos expresados.

Previa realización del protocolo de investigación, se solicitó la aprobación de la Comisión Ética y de la Escuela de Enfermería de Zamora A.C.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (1984), con última reforma publicada 12/01/2006, el presente estudio se apegó a lo que establece el: TÍTULO PRIMERO, Artículo 2º, apartado VI: El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. Artículo 3º, apartado: VII:

La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud. Porque de alguna manera se está supervisando el ejercicio profesional del personal de salud sobre un estado específico.

Se apega a lo que establece el TÍTULO CUARTO, CAPÍTULO III Artículo 90, apartado IV, Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas. Porque el estudio se realiza con la participación voluntaria de los usuarios externos que se encuentran cursando algún grado en la escuela de enfermería de Zamora A.C.

Se apega a lo establecido en el TÍTULO QUINTO, CAPITULO ÚNICO, Artículo 96.- apartado III.

A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población, ya que la calidad de formación del estudiante es una de las prioridades en la escuela de Enfermería de Zamora A.C.

A lo establecido en el TÍTULO QUINTO, CAPITULO ÚNICO, Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: Apartado II. Podrá realizarse solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo, el presente estudio solo se puede realizar con la información obtenida de los mismos pacientes.

Apartado IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud. Para la

realización del estudio se contó con consentimiento por escrito de los sujetos a investigar.

El presente estudio se apega al Código de (Helsinki, 2012; 10) códigos internacionales y nacionales de bioética (CONAMED. señalados por este código: apartado 2: Consentimiento informado del sujeto.

MESES	Sept.	Octubre	Nov.	Dic.	Enero	Febrero	Marzo
Pasos de investigación							
Recopilación bibliográfica							
Elaboración protocolo							
Adquisición material							
Recolección datos							
Control fase de campo							
Captura de datos							
Análisis de la información							
Elaboración del informe							
Publicación							

17.2 ESCALA YESABAG

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?

SÍ / NO

2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?

SÍ / NO

3. ¿Siente usted que su vida está vacía?

SÍ / NO

4. ¿Se aburre usted a menudo?

SÍ / NO

5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?

SÍ / NO

6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?

SÍ / NO

7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?

SÍ / NO

8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?

SÍ / NO

9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?

SÍ / NO

Con respecto a su memoria:

10. ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?

SÍ / NO

11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?

SÍ / NO

12. De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?

SÍ/NO

13. ¿Se siente usted con mucha energía?

SÍ / NO

14. ¿Siente usted que su situación es irremediable?

SÍ / NO

15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?

SI/NO

17.3 ESCALA DE EVALUACION DEL USUARIO EXTERNO

	Siem pre	Frecue ntemen te	A veces	Rara vez	Nunca
1.- ¿Se dirige a usted la enfermera de forma amable?	5	4	3	2	1
2.- ¿Le saluda cuando ingresa al servicio?					
3.- ¿Le escucha con atención?					
4.- ¿Le atiende un Tiempo razonable?					
5.- ¿Le da confianza para platicar sobre lo que a usted le interesa?					
6.- ¿Le orienta a usted o su familiar sobre cómo llevar su tratamiento?					
7.- ¿Le hace indicaciones sobre cómo mejorar y mantener su salud?					
8.- ¿Le pregunta sobre si tiene dudas sobre su tratamiento?					
9.- ¿Le informó si requiere o no de algún tipo de cuidado familiar?					

10.- ¿La atención que se le brindó a su problema de salud fue confidencial?					
11.- ¿Le ha orientado sobre otros servicios que pueden o debe utilizar en la unidad?					
12.- ¿Cuándo se ha requerido su atención la ha encontrado en su servicio (dentro de su horario de trabajo)?					
13.- ¿Se muestra respetuosa a sus creencias y costumbres?					
14.- ¿Para dirigirse a usted o sus familiares utiliza palabras y términos que facilitan comprender su padecimiento y tratamiento?					
15.- ¿Considera que la atención que recibe del personal que está evaluando ha sido adecuada?					
16.- ¿Lo orienta sobre los programas integrados de salud					

que están a su disposición?					
17.- ¿Lo deriva a los diferentes departamentos del hospital de manera clara y amable?					

18. BIBLIOGRAFÍA

1 (.- Medina-Mora ME, 2005)Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. Psychol Med 2005; 35(12):1773-1783.

- 2.- (MR., 2002) Detectar la depresión: el primer paso hacia un tratamiento más eficaz. *Aten Primaria* 2002; 29(6): 329-337.
- 3.- (CC., 1999 12(4)) La evaluación del trastorno depresivo. Cuarta parte. *Aten Médica* 1999; 12(4): 53-64.
- 4.- (Webb MR, 2002) Disponible en URL//www.aafp.org/afp/monograph/2002/index.html 36 pantallas.
- 5 (MJJ., 1997 20(7)) Manejo de la depresión y ansiedad en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20(7): 389-394.
- 6.- (RR., 1999 12(2)) Diagnóstico del trastorno depresivo mayor. Segunda parte. *Aten Médica* 1999; 12(2): 51-57.
- 7.- (AJJ., 1997) Epidemiología de los trastornos depresivos. *Psiquiatría* 1997; 13(supl): 2-5.
- 8.- (Magill MK, 1991) Problemas psiquiátricos y conductuales. En: Taylor RB (Director). *Medicina de Familia: Principios y Práctica*. Doyma Tercera Edición, España 1991: 585-615.
- 9.- Moreno (LME, 2000) AFJ. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Aten Primaria* 2000; 26(8): 554-558.
- 10.- (depresión., 1990) Trabajo presentado en Simposio: Nuevos horizontes en el tratamiento de la depresión, Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica. Acapulco, México. Octubre 1990.
- 11.- (Médica., 1994) Fondo de Cultura Económica, México 1994.
- 12.- (Robins LN, 1988). The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:1069-1077.

13. (Kessler RC, 2004) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.

14.- (Demyttenaere K, 2004) WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291(21):2581-2590.

15.- (Slone LB, 2006 23(3))Epidemiology of major depression in four cities in Mexico. *Depress Anxiety* 2006; 23(3):158-167.

16.- (Ormel J, 2008)Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry* 2008; 192(5):368-375.

17.- (depression., 1995; 17)Epidemiol Rev 1995; 17:21-31.

18.- . (O'Neil A, 2011)Co- morbid cardiovascular disease and depression: sequence of disease onset is linked to mental but not physical self-rated health. Results from a crosssectional, population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011 Aug 10. [Epub ahead of print].

19.- (Scott KM, 2009 39(1)) Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychol Med* 2009; 39(1):33-43.

20. (Castillo-Quan JI, 2010; 51(6))Depression and diabetes: From epidemiology to neurobiology. *Rev Neurol* 2010; 51(6):347-359.

21. (Reséndiz-Figueroa FE, 2008 73(1))Impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre aspectos clínicos y calidad de vida en

pacientes con síndrome de intestino irritable. Rev Gastroenterol Mex 2008; 73(1):3-10.

22. (Sartorius N, 1996) Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care. Br J Psychiatry 1996; 168(supl) 30:38-43.

(23.- Ormel J, 2007) Mental disorders among persons with heart disease - results from World Mental Health surveys. Gen Hosp Psychiatry 2007; 29(4):325-334.

24. (24. Lett HS, 2004) Depression as a risk factor for coronary artery disease: Evidence, mechanisms, and treatment. Psychosom Med 2004; 66:305. 315.

25.- 25. Téllez L, Galindo O, Álvarez MA, González-Forteza C et al. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; una revisión. Gaceta Mexicana Oncología 2011; (Téllez L, 2011)

26 (. Téllez-Zenteno JF, 2002) Risk factors associated with depression in patients with type 2 diabetes mellitus. Arch Med Res 2002; 33(1):53-60.

27 (. Lerman I, 2004) Psychosocial factors associated with poor diabetes self-care management in a specialized center in Mexico City. Biomed Pharmacother 2004; 58(10):566-570.

28. (28. Fisher L, 2001) Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 2001; 24(10):1751-1757.

29.- (Barg FK, 2006) A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006; 61(6):S329-39.

30 (Switzer J, 2006 16(9)) «Pull yourself up by your bootstraps»: A response to depression in older adults. *Qualitative Health Research* 2006; 16(9):1207-1216.

31. (Bogner HR, 2008 40(9)) Older patients' views on the relationship between depression and heart disease. *Fam Med* 2008; 40(9):652-657.

32. (Bogner HR R. M., 2009) Depression, cognition, and apolipoprotein E genotype: Latent class approach to identifying subtype. *American J of Geriatric Psychiatry* 2009; 17:344-352.

33. (Joo JH, 2011) Shared Conceptualizations and Divergent Experiences of Counseling Among African American and White Older Adults. *Qual Health Res* 2011; 21(8):1065-1074.

34 (. Wittink MN, 2008). How older adults combine medical and experiential notions of depression? *Qualitative Health Research* 2008;18(9):1174-1183.

35 "Aspectos básicos de Salud Mental en Atención Primaria". (Rodríguez., 1999) Editorial TROTTA. 1999.

36 "Trastornos de Ansiedad y Trastornos Depresivos en Atención Primaria (García., 2001) Editorial MASSON. 2001.

37 (. Álvarez Pérez A.C, 1998). Álvarez J.A; Metodología para la Evaluación de la Calidad de los Servicios y Programas de Enfermería; *Desarrollo Científico de Enfermería*; 1998; 8(1): 20. 28.

38. Maldonado Islas G, Efrén Orrico S, Fragoso Bernal JS, Pérez Priego JH; Calidad de la Atención del Adulto Mayor en Medicina Familiar; Revista Médica del IMSS; 2000; 38(3): 125-129 (. Maldonado Islas G, 200)
39. (MG, 1994)La Calidad del Servicio de Enfermería, Desarrollo Científico de la Enfermera; 1994; 2(1): 20
40. (H, 1997) Administración de la Calidad de la Atención Médica; Revista Médica IMSS; 1997; 35(4): 257 . 264.
41. (Ruiz González C, 1990) Lo que Opinan los Pacientes de los Servicios del Instituto Nacional de la Nutrición %Salvador Zubirán%; La revista de investigación clínica; 1990, Abril 18: 298. 304.
42. (Avedis, 1990); Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Medica; Instituto Nacional de Salud Pública; México 1990; p. 13-43.
- 43 (Organización Mundial de la salud, 2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001.Salud Mental: nuevos conocimientos-nuevas esperanzas: 18-33.
- 44 (- Martínez MJA, 2007) Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 21-28
- 45.- (Moussavi S, 2007) Depression, chronic disease and decrements in health : Results from the world health surveys. The Lancet 2007;370 (9590):851-858
- 46.- (Dorantes M G, 2007)Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del

Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Pública. 2007;22 (1):1. 11

47.- (Helsinki:, 2012)Principios éticos de investigación biomédica con sujetos humanos. <http://www.seeiuc.com/investig/helsinki.ht> consultada 10 de noviembre 2012.

48.- (Helsinki, 2012)de la Asociación Medical Mundial. <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsink.htm> Consultada 10 de noviembre 2012

49.- (Médico., 2012)Código de Bioética para el personal de salud. México 2002. <http://www.codamedver.gob.mx/bioetica2002.htm> Consultada 10 de noviembre 2012.

50.- (Ávila FJA, 2007) Amieva. Síntomas Depresivos como Factor de Riesgo de Dependencia en Adultos Mayores. *Salud Pública de México / vol.49, no.5, septiembre-octubre de 2007; 367-375*

51.- (Wilson Escalante LL, 2009)Sedentarismo como factor de riesgo de Trastornos depresivos en adultos mayores, un estudio exploratorio. Rev Fac Med UNAM 2009; 20 (6): 244-246.

52.- (González PA, 2010)Moreno CY. Evaluación Geriátrica integral en pacientes de Unidad de Medicina Familiar de la Ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar 2010; 12 (1): 5-15

53.- (Reiger AD, 1988) One- Month prevalence of mental disorder in the united states. Arch Gen Psychiatry 1988; 45 (11): 977- 986.