



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94**



**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
DEPRESION DE LA UMF 94.**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:

Dra. Ivone Mendez Rivero

TUTOR :

Dra. Esther Azcarate García

MEXICO D.F Noviembre 2015



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.

INDICE

INTRODUCCION.....	3
MARCO TEORICO.....	4
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	19
JUSTIFICACION	19
OBJETIVOS.....	20
General.....	20
Especificos.....	20
HIPOTESIS.....	20
VARIABLES DE ESTUDIO.....	20
METODOLOGIA.....	21
Universo de estudio.....	21
Población de estudio.....	21
Muestra de estudio.....	21
DETERMINACION TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	21
TIPO DE MUESTREO.....	21
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	22
Criterios de inclusión.....	22
Criterios de no inclusión.....	22
PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA.....	22
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	22
DESCRIPCION Y VALIDACION DE INSTRUMENTO.....	23
DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO.....	24
ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION.....	24
RECURSOS DEL ESTUDIO.....	25
ASPECTOS ETICOS.....	25
RESULTADOS.....	26
CONCLUSIONES.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	32
ANEXOS.....	34

INTRODUCCION

Con el avance de la medicina y la mejoría de la calidad de vida, se está produciendo un aumento progresivo del grupo de personas mayores en nuestra sociedad. La mayoría de ellos son personas con muchas potencialidades por desarrollar, a los cuales nuestra sociedad tiende a desestimar por el solo hecho de haber llegado a cierta edad cronológica.

A medida que sobrepasamos los 65 años aumenta progresivamente la probabilidad que en los próximos años aparezca una limitación en la funcionalidad.

A medida que envejecemos ocurren dos fenómenos paralelos, una declinación fisiológica normal y un aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades. Aunque estos procesos se influyen entre sí, existe una declinación fisiológica que es independiente del desarrollo de enfermedades.

Hay varias entidades patológicas que son mucho más frecuentes en el adulto mayor, y que antes se pensaba que eran propias del envejecimiento, pero en la actualidad se sabe que son enfermedades. Este es el caso de la osteoporosis, Enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, cataratas, depresión y otros.

Las enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles que afectan la funcionalidad. La coexistencia de trastornos psiquiátricos puede alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia, este fenómeno es significativamente menospreciado y con frecuencia pasado por alto. Los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada su prevalencia y su alto costo social y económico.

Como muchas otras enfermedades, la depresión en el anciano tiene características especiales y una de las principales es la tendencia que tienen a negar o a quitar importancia a su tristeza. La persona anciana puede no quejarse de que está mal o triste, y que sólo observándola nos demos cuenta de que puede estar deprimida, al igual la persona note una sensación de inutilidad y baja autoestima, por lo que piensan que no merece la pena pedir ayuda o que el médico y la familia pueden emplear su tiempo en cosas mejores

Con frecuencia la depresión en el anciano no es detectada, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado, ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quien la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad. Otro motivo por el que pasa desapercibida la depresión en los ancianos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología.

Afortunadamente, muchas de estas entidades pueden prevenirse o manejarse de modo que no determinen tan tempranamente discapacidad

MARCO TEORICO

El envejecimiento es un *proceso* continuo, universal e irreversible que determina una *pérdida progresiva de la capacidad de adaptación*. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional.

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

Las características del envejecimiento son:

- Universal: Propio de todos los seres vivos.
- Irreversible: A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- Heterogéneo e individual: Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- Deletéreo: Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- Intrínseco: No debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero la máxima sobrevida del ser humano se manifiesta fijo alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevida se ha hecho más rectangular. Se observa que una mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere generalmente alrededor de los 80 años.(1)

La palabra vejez deriva del latín *Vetus* que puede traducirse como “Viejo”. Es la cualidad de viejo. Hace referencia a la senectud o edad senil. Es la última etapa de la vida de los seres vivos antes que se produzca el fallecimiento y es una consecuencia del paso del tiempo.

Es necesario conocer las concepciones y consideraciones que se han producido sobre la vejez a lo largo de la historia según las culturas porque todas las aportaciones de

pensadores, literatos y científicos son los antecedentes del desarrollo de la investigación posterior.

En la literatura bíblica del Antiguo Testamento la vejez es considerada de una forma positiva y sublimatoria. Se destaca constantemente la dignidad y la sabiduría de las personas mayores junto a las especiales cualidades de la vejez para cargos elevados. De esta manera, las personas mayores se convierten en ejemplo o modelo, así como en guía y enseñanza.

La cultura griega ofrece multitud de actitudes y cambios sobre los roles, atributos y expectativas acerca de las personas mayores a través de los diferentes modelos culturales que jerarquizan las edades del individuo y las capacidades propias de cada edad. Fundamentalmente, destaca la concepción platónica y la concepción aristotélica que se diferencian en el sentido que otorgan a las personas mayores.

Platón en la *República* adopta una postura de máximo respeto por las vivencias de las personas mayores. Elogia a la vejez como etapa de la vida en la que las personas alcanzan la máxima prudencia, discreción, sagacidad y juicio, y las ofrece en la comunidad funciones de gran divinidad y responsabilidad, directivas, administrativas y jurisdiccionales y superiores en estima social. Hace resaltar, sobre todo, los agentes individuales del envejecimiento, considera que las vivencias del final de la vida están muy determinadas por la forma en la que se vive durante la juventud y en la adultez, y explica cómo habría que prepararse para la vejez. Así pues, Platón es un antecedente de la visión positiva de la vejez, así como de la importancia de la prevención y profilaxis.

Por el contrario, Aristóteles presenta una imagen más negativa de la persona mayor. En su *Retórica* (libros II, XII, XIII- XIV, 3), destaca el afán de disputa en la edad avanzada e interpreta la compasión como una debilidad. La “*senectud*”, que es la cuarta y última etapa en la vida del hombre, equivale a deterioro y ruina. Es una etapa de debilidades, digna de compasión social e inútil socialmente. Además, las personas mayores son caracterizadas como desconfiadas, inconstantes, egoístas y cínicas. En su escrito *De generatione animalium* asocia la vejez con la enfermedad.

Estas visiones antagónicas sobre la vejez de Platón y Aristóteles van a ser continuadas y matizadas por diversos autores a lo largo de la historia del pensamiento humano. Son, además, las responsables de muchos de los estereotipos tanto positivos como negativos presentes en la sociedad actual.

En la Antigua Roma, el Pater Familias era el varón más antiguo de la familia, el abuelo, bisabuelo, quien detentaba importantes poderes, siendo algo así como un rey dentro de la estructura familiar.

A lo largo de la Edad Media son transmitidos y acentuados ciertos estereotipos asumidos de las tradiciones culturales precedentes. Destaca, por una parte, San

Agustín que dignifica la visión cristiana de la persona mayor ya que de ella se espera un equilibrio emocional y la liberación de las ataduras de los deleites mundanos, y por otra, Santo Tomás de Aquino que afianza el estereotipo aristotélico de la vejez como período decadente, física y moralmente, en el que las personas mayores están marcadas por comportamientos de interés únicamente personal.

En la época renacentista, se rechaza lo “*senil*” y lo “*viejo*”, se evade el tema de la muerte, se da una imagen melancólica de la persona mayor e incluso se le atribuyen artimañas, brujerías y enredos. Se configura así un perfil renacentista mínimamente contrarrestado por la permanencia del estereotipo de la sabiduría. En cambio, durante el período barroco adquieren la máxima actualidad y cultivo los temas del control de los vicios y pasiones, el perfeccionamiento constante en la vida y en la vejez, y el problema de la muerte.

Fueron muchos los grandes poetas y pensadores de tiempos pasados que se ocuparon muy a fondo del proceso de envejecimiento. Así, por ejemplo, pueden destacarse autores como Shakespeare, Schopenhauer, Hölderlin y Humboldt que consideran la vejez no sólo como una “*época difícil*” sino también como una etapa de la vida que ofrece aspectos agradables.

Hall (1922) se oponía a la creencia muy difundida de que la vejez era el reverso del desarrollo de la adolescencia. De esta forma, se negó a aceptar un “*modelo deficitario*”, basado en el aumento de conocimientos y facultades en la juventud, el desarrollo máximo en la adultez media y la disminución de la capacidad junto con la involución, en la vejez. Pretende demostrar que la juventud y la vejez poseen su propio y específico modo de “*sentir, pensar y querer*”. Además, se basa en los resultados de sus investigaciones para señalar que las diferencias individuales de la vejez son mucho mayores que las de la juventud. Este descubrimiento apoyado por los resultados de investigaciones recientes pone de manifiesto la problemática del límite cronológico de las edades. Intentó corregir por medio de investigaciones empíricas algunas estereotipias relativas a la vejez como que con los años, crece el miedo a la muerte y se vuelve más firme la vinculación a la religión.

Las investigaciones experimentales posteriores realizadas en Estados Unidos e Inglaterra estudiaron el proceso de envejecimiento desde el comienzo de la edad adulta. Se produjo el cambio de los términos “*old age*” y “*senescence*” por “*age*” y “*aging*”.

El año 1928 fue muy importante con respecto a la investigación de la vejez porque Miles fundó en la Universidad Stanford, el primer gran instituto destinado especialmente al estudio de los problemas del envejecimiento. La investigación se centraba en las alteraciones en la capacidad del rendimiento mental.

A partir de los años sesenta se produce una reconceptualización en el estudio de la vejez ya que empieza a consolidarse un modelo integral bio-psico-social que aglutina todas las perspectivas posibles, biológicas, sociales y psicológicas. Esta perspectiva,

es acorde con la definición de la salud humana establecida en 1946 por la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.) como un estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente como ausencia de enfermedades.

La nueva concepción de vejez conlleva entenderla como un proceso de cambio. Desde este momento, el estudio del envejecimiento es interdisciplinar y en él están implicados médicos, psicólogos, sociólogos y asistentes sociales, juristas, ecologistas y arquitectos, con el objetivo de esclarecer las interacciones entre los factores que forman el proceso de envejecimiento, es decir, los factores bio-psico-sociales.

El interés por el proceso de envejecimiento en general surgió a mediados del siglo XX, cuando los científicos volvían de la Segunda Guerra Mundial y se enfrentaban a una población cada vez mayor. Entonces, una vez vencidas muchas enfermedades infecciosas, por primera vez en la historia era habitual que la gente llegara a una edad avanzada. A finales de los años cuarenta, el Instituto Nacional de la salud patrocinó un instituto de la vejez. En ese mismo periodo se constituyeron la Sociedad Gerontológica de América y la División de la Madurez de la Vejez, llamada hoy División del Desarrollo de los Adultos y de la Vejez de la Asociación Psicológica Americana.

En las décadas siguientes, animadas por la eclosión de la población de personas mayores, estas organizaciones florecieron, y se aceleró la investigación sobre psicología del envejecimiento (Riegel, 1977). En 1959 se habían publicado suficientes estudios para obtener un manual sobre el tema. En 1964 apareció el primer libro de texto universitario. Destaca en 1986, la creación de una revista, *Psychology and Aging* (Psicología y envejecimiento), dedicada exclusivamente a la investigación psicológica sobre el desarrollo de los adultos y de las personas mayores.(2)

Se debe entender la vejez como una fase más de nuestro ciclo vital (como la infancia, la adolescencia o la madurez), con sus características propias, unas más agradables y otras menos, que se irán presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales (genéticos, hereditarios), actitudes personales y circunstancias que han rodeado nuestra vida.

Es difícil dar una definición concreta del concepto de vejez y generalmente se recurre a diferentes criterios para tratar de definirla:

Criterio cronológico: es el más frecuentemente utilizado y aparentemente el más objetivo. Define a la vejez en función de la edad del individuo. A lo largo de la historia, se ha tratado el tema de las edades, existiendo consideraciones y clasificaciones diversas, que oscilan desde una interpretación dualista (juventud y vejez), hasta divisiones en 7 etapas. Pitágoras fue el primero en elaborar una teoría de las edades de la vida relacionadas con las cuatro estaciones del año. Cada edad duraría 20 años: la infancia o primavera (0-20 años), la adolescencia o verano (20-40), la juventud o el otoño (40-60) y la vejez, que se correspondería con el invierno (60-80).

La interpretación actual de este criterio es que después de la infancia, la adolescencia y la edad adulta, se habla de madurez, que efectivamente corresponde a la edad del primer envejecimiento. Otras denominaciones son edad presenil, edad crítica y edad de en medio, como la define la Organización Mundial de la Salud. La edad de en medio oscila entre los 45 y 60 años, luego sigue el período de senectud gradual, hasta los 72 años, llamado muy frecuentemente Tercera Edad, y a continuación se establece la vejez declarada, que incluye hasta los 90 años. A partir de esta edad, se acostumbra hablar de grandes viejos (+90). No obstante, y pese al interés por la parcelación de la vida en edades, este criterio no parece muy útil para definir a la vejez. En general, se acepta el hecho de que cada uno envejece a una edad diferente y que dentro de la propia vejez cabe distinguir varias etapas.

Criterio biológico: asociado al desgaste de órganos y tejidos, marcaría el comienzo de la vejez cuando este deterioro se hace perceptible. Sin embargo, a medida, que aumenta la edad, envejecemos más lentamente, a los 45-50 años ocurren más cambios involutivos que entre los 60-70. Algunas estructuras envejecen muy precozmente mientras que otras lo hacen de forma muy tardía.

Criterio funcional. Bastante utilizado. Define a la vejez asociándola a la pérdida de funciones, tanto físicas como psíquicas e intelectuales, es decir, equipararía a la vejez con la enfermedad. Este criterio ha estado y sigue muy arraigado. Sin embargo hoy no parece apropiado utilizar este criterio, sobre todo cuando más de dos terceras partes de las personas mayores de 60 años viven de forma independiente. De hecho, se sabe que de todos los adultos mayores, el 60 - 70% son personas independientes, el 30% se clasifica como frágiles o en riesgo, y sólo un 3% son adultos mayores postrados o inválidos. Ante el número creciente de personas de 60 años o más que desarrollan una vida independiente, algunos autores han comenzado a diferenciar el término Tercera Edad, de la llamada Cuarta Edad. La Tercera edad comienza con el cese de la actividad profesional y termina con la pérdida de la autonomía física, mental y económica, en este momento empieza la Cuarta Edad.

Criterio Socio Laboral. Utilizado con gran frecuencia en la actualidad, considera la jubilación como el comienzo de la vejez. Sin embargo, la jubilación es un fenómeno bastante nuevo y que no afecta por igual, ni a todos los individuos, ni a todas las sociedades, existiendo diferencias entre sexos, fenómenos de jubilación anticipada, etc.

En definitiva podemos concluir que no existe ningún criterio que, por sí solo defina o tipifique la vejez, ya que todos ellos se centran en un solo aspecto del individuo y no consideran a la vejez de forma global, como una manifestación del fenómeno de envejecimiento del individuo en todo su conjunto. (3)

El hecho fundamental del proceso de envejecimiento es la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación del organismo a circunstancias anómalas, internas o externas, debido a la disminución de la reserva funcional de los distintos órganos y

sistemas. Esto supone que, en las condiciones habituales o basales, la persona mayor, con sus características físicas, psíquicas y funcionales, podrá tener un buen nivel de adaptación al medio que la rodea, pero será muy sensible a circunstancias (enfermedad, estrés de diverso tipo, etc.) que le exijan un sobreesfuerzo.

Será la funcionalidad física y psíquica de la persona, la capacidad de ser autónoma y de vivir de forma independiente y adaptada a su entorno, la característica fundamental de lo que llamamos envejecimiento fisiológico o satisfactorio. (4)

En 1990, la OMS definió envejecimiento activo como el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Esta idea aparece para hacer frente a un panorama que se veía venir.(5)

Actualmente se está produciendo un fenómeno poblacional a nivel mundial, tanto de crecimiento como de envejecimiento que se argumenta por: el crecimiento absoluto de la población de la tercera edad y la disminución de los nacimientos con respecto a las defunciones (tasa de crecimiento negativo), lo que da una inversión de la pirámide poblacional.

Los cambios en la mortalidad de la población mundial se reflejan en una mayor sobrevivencia, la cual aumentará considerablemente en la primera mitad de este siglo, al pasar de alrededor de 65 años en 2000-2005 a 74 años en 2045-2050.

Se estima que en el mundo hay unos 605 millones de personas de más de 65 años. La proporción de personas de edad seguirá aumentando durante las próximas décadas. Para el año 2025 se estima que habrá 1.200 millones de personas de edad en todo el mundo y dos de cada tres vivirán en países en desarrollo. Hace medio siglo la mayoría de las personas moría antes de cumplir los 50 años de edad.

La organización de las Naciones Unidas (ONU) calcula que de continuar las tendencias actuales, en el 2025 los adultos mayores en América Latina y el Caribe constituirán el 14.1% de la población del planeta, incrementándose hasta el 22.6% en 2050, cuando uno de cada cuatro habitantes pertenecerá al grupo de población de más de 65 años.

Este envejecimiento demográfico es un grave problema a nivel mundial ya que implica una mayor demanda de servicios de salud, el grupo de edad de mayores de 60 años presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad. En 1950 Aproximadamente el 8 % de la población mundial era mayor de 60 años, para el 2000 esta cifra se incremento al 10 %, se espera que alcance un 21% para el 2050 (6).

México no escapa a este proceso también conocido como “envejecimiento global”, en el 2010 la población de adultos mayores, fue de 9.67 millones se espera que en el

2025 sea de 18.08 millones y para el 2050, alcance 35.96 millones, donde 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor. Hoy, viven en México ocho millones de adultos mayores. (7)

La sociedad actual tiende a relegar a los ancianos y esta situación condiciona baja autoestima, deterioro físico y limitación de ámbitos de participación social, llegando a la dependencia y en no pocos al maltrato; lo que puede generar depresión.

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la 4a causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la 2a causa solo detrás de las enfermedades isquémicas. 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 (8). El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide.

El 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. La incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la valoración de consulta externa y se incrementa a 40% en el egreso del paciente hospitalizado. Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10 y el 20% de los hospitalizados, del 15 y el 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comórbidos. Dentro de estas últimas, se destaca la enfermedad cerebrovascular, que se asocia entre 18 y 61%, siendo más frecuente en los 6 primeros meses, la enfermedad de Parkinson con un 40%, la enfermedad de Alzheimer un 20-40%, las cardiopatías entre el 20 y 30% con un porcentaje mayor para quienes sufrieron infarto agudo del miocardio llegando en estos casos hasta el 74%; la diabetes en el 36%, el hipotiroidismo en el 50%, el cáncer un 40%. La depresión puede estar presente en las etapas iniciales de la demencia, con una incidencia entre 13 y el 21%. (9)

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad.

Según el DSM V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5ta ed., texto revisado) los criterios diagnósticos de depresión mayor son:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. Ej. Se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (P. Ej. modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días

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

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días

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

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

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

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaniaco

Es importante mencionar que los criterios del DSM V-R no se presentan en la totalidad de los ancianos deprimidos y algunas alternativas en la presentación de la depresión en el adulto mayor son: irritabilidad, agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa y de la capacidad de resolución de problemas, deterioro del auto cuidado, abuso de alcohol y otras sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones, discordia marital, son elementos que tenemos que considerar para establecer el diagnóstico de depresión en el adulto mayor.

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastornar la vida cotidiana. Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes mellitus. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria.

Aún hoy, en esta población etaria, la depresión es confundida a menudo como una reacción a la adversidad, sin embargo, la adversidad no es necesaria ni suficiente para inducir depresión y mucho menos, predice la respuesta al tratamiento. Por lo que con frecuencia la depresión en el anciano no es detectada, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad. Otro motivo por el cual pasa desapercibida la depresión en los ancianos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología.

Las personas que sufren depresión tienen un enlentecimiento o descenso en prácticamente todos los aspectos de la emoción y el comportamiento. Las actividades básicas (alimentación, sueño y autocuidado) están afectadas, así como el curso del pensamiento, del lenguaje, y la sexualidad.

Sin embargo, el que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. Que por un lado se garantice una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique. Y, al mismo tiempo, que el Estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a garantizar un ingreso económico decoroso que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad.

Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los ancianos; sin embargo, la calidad de

vida no sólo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos y personales.(10)

Históricamente, la calidad de vida estaba vinculada a factores económicos y sociales sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida. De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad. (11)

Así, para la calidad de vida existe una falta de consenso sobre la definición del concepto y la mayoría de los autores coinciden en que no existe un enfoque único que pueda definir y explicarlo totalmente. (12)

De tal suerte, la valoración que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades.

Por tanto, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida.

El concepto de calidad de vida hace referencia a un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas, evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida, siendo estos últimos los que adquieren mayor relevancia (13).

Dicha evaluación puede hacerse en dos formas: es externa cuando un juez ajeno y experto mide con criterios externos qué es lo que la gente posee y reflejaría su calidad de vida; para ello se utilizan indicadores objetivos; se realiza un juicio del individuo o población, en términos de su nivel económico, escolaridad, estado de salud, vivienda o alimentación. La otra evaluación la realiza el propio individuo; se emplea la percepción del bienestar subjetivo, incorporando las valoraciones de los individuos sobre el proceso, condiciones e importancia que tienen para ellos mismos en su vida.

Desde una dimensión subjetiva lo fundamental es la percepción propia, lo que la persona valora de su vida en relación con sus diferentes dominios y dimensiones, así como de la vida en general evaluada globalmente. El bienestar desde esta perspectiva subjetiva se ha definido como satisfacción por la vida y felicidad, conceptualizándose también como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios.

De ahí que parece apropiada la propuesta que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la ha definido de manera incluyente: “La calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses”, definición en la que se contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos. (14)

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”.

De ahí que los instrumentos de calidad de vida relacionados a la salud también incluyan dominios de la vida y reactivos para evaluar calidad de vida en general o satisfacción en la vida; sin embargo, el énfasis de éstos es básicamente sobre los síntomas, mejoría, funcionamiento y habilidades.

los estudios sobre la calidad de vida surgen para conocer y dar mejor atención a las necesidades de la persona –en este caso específicamente del adulto mayor–, ya que por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna. Así, para mantener un buen nivel de bienestar, la persona necesita reestructurar su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organizar su jerarquía de metas y cambiar sus estrategias para llegar a ellas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida con características propias; y aprendiendo a disfrutar de ella y a vivirla con dignidad. (15)

SF 36 Corto

La evaluación de la calidad de vida requiere de un método consistente para recabar información del individuo.(16). Las mediciones de calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos de diagnósticos específicos. Estas evaluaciones pueden estar basadas en encuestas directas, en aquellos pacientes con enfermedades crónicas y que confieran beneficios en la calidad de vida (17).

El cuestionario SF36 es un instrumento de medida de calidad de vida relacionado a la salud genérico por lo que no está relacionado a ninguna enfermedad o especialidad en particular. Es aplicable tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes. Es la más extensamente usada en el mundo, se ha traducido a 40 idiomas, genera un perfil de salud valorada en 8 escalas y 2 medidas sumarias que describen la

calidad de vida relativa a la salud. Esta encuesta evalúa 8 dominios del estado de salud: actividades físicas, actividades sociales, afectación física en actividades usuales, dolor corporal, salud mental en general, afectación emocional en actividades usuales, vitalidad y percepciones de salud generales, durante las cuatro últimas semanas con una escala de 0-100, las cifras más altas indican una mejor calidad de vida. Es un instrumento auto aplicado y toma un promedio de 8 a 12 min para completarse(18). Este sera el instrumento utilizado en este trabajo.

A partir de estas dimensiones es posible estimar dos componentes de la calidad de vida relacionada con la salud, uno físico y otro mental. El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional

El cuestionario de salud SF-36 (Health Survey SF-36; Ware y Sher- bourne, 1992) fue utilizado en el Estudio de los Resultados Médicos («Medical Outcome Study»), el cual permitió establecer un perfil de salud con aplicación para población general como para pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación. Para ajustar este instrumento colaboraron investigadores de quince países para la adaptación cultural de International Quality of Life Assessment –IQOLA– (14). Dicho cuestionario original en idioma inglés fue traducido al español y luego adaptado y traducido con ajuste e interpretación de la versión existente con los autores del instrumento original a fin de armonizar el contenido del cuestionario. Luego se realizaron estudios pilotos en grupos de pacientes crónicos para valorar la comprensión y la factibilidad de aplicar este cuestionario. Después de esta fase se realizaron estudios para identificar la validez, fiabilidad y ajustar el estándar de referencia en países como España, Alemania, Dinamarca, Holanda, Italia, Reino Unido y Suecia.(19)

Existen seis versiones de la Encuesta SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como entre la población México-norteamericana de EUA. Los investigadores de estos países tienen como objetivo final la adaptación y el establecimiento de normas de las escalas de la Encuesta SF-36 para su uso en poblaciones genéricas y específicas. La SF-36 se ha utilizado en investigaciones clínicas también específicas; por ejemplo, Alonso y colaboradores informaron sobre la validez y la confiabilidad de una versión en castellano (para usarse en España), a partir de un estudio hecho entre 46 pacientes con cardiopatía coronaria estable.(20)

La versión autorizada de la SF-36 para su uso en México siguió un procedimiento estandarizado por expertos bilingües, al igual se hicieron análisis por grupos focales representativos y se llevo a cabo una evaluación formal de la calidad de cada traducción. (21)

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Es de importancia hacer mención a estudios previos acerca de nuestro tema a investigar para poder conocer los resultados previos y que tanto influyen sus resultados en la actualidad.

Urzúa (2008), evaluó la calidad de vida y su relación con factores biopsicosociales en 240 participantes chilenos, 120 de los cuales vivían con una patología médica crónica prevalente en Atención Primaria de Salud. No encontró relación entre la calidad de vida y el sexo, el apoyo social objetivo y el tiempo viviendo con la enfermedad.

García, Pinellad y Peiróa (España, 2006) estimaron los pesos de calidad de vida para España mediante un modelo PROBIT ordenado en el que el estado de salud auto percibido se relacionaba con la presencia de enfermedades crónicas, características demográficas y un error aleatorio, y normalizado a partir de una transformación de los estimadores obtenidos en el modelo. Los hallazgos indicaron que la calidad de vida asociada con las enfermedades crónicas difiere según cuáles sean éstas.

En el ámbito regional, Calso y colaboradores (2003) condujeron un estudio con la finalidad de describir áreas de fragilidad y contextos de desarrollo satisfactorios, y contrastar dimensiones de calidad de vida en mayores con diferentes realidades socio-ambientales, compararon mayores de Iquitos y Sevilla que acceden a espacios geronto- comunitarios públicos, encontrando diferencias entre los grupos en cuanto a la disparidad de enfermedades con que los mayores de cada ciudad se ven afectados, los Iquiteños tienen más prevalencia en problemas de tipo nutricionales digestivos y cardiovasculares; detectaron que modelos gerontológicos de valoración integral y equipos transdisciplinarios parecen aportar conocimiento socio-sanitario sobre la calidad de vida de personas mayores en espacios culturales diferentes.

Actualmente, en México, hay muy pocos estudios científicos publicados sobre la depresión, y menos aún sobre la depresión en adultos mayores.

Un estudio realizado en la zona metropolitana de Guadalajara (Panda, 1998) describe las redes de apoyo como “importantes condicionantes del estado de salud”, ya que se reconoce que la falta de apoyo ayuda a incrementar el riesgo de aparición de enfermedades, acentúa el desarrollo de trastornos psicológicos y, por consiguiente, disminuye la calidad de vida.

González y Padilla (México, 2006) realizaron una investigación para describir la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento ante los problemas y enfermedades en 194 ancianos. Los resultados muestran que el 63,9% padece alguna enfermedad, principalmente crónico-degenerativa (53,9%). La calidad de vida fue significativamente diferente para los enfermos vs no enfermos ($t=-4,38$, g.l. = 184,

$p < 0,000$), Se concluye que la calidad de vida y la enfermedad van ligadas a las formas de afrontar esta última.

El estudio de Slone et al. (2006) hace una comparación entre cuatro ciudades en México, mostrando mayores índices de depresión en mujeres que en hombres, así como correlaciones entre historias previas de enfermedades mentales y depresión. También se hallaron correlaciones entre la depresión y ser viuda(o), soltera(o) o divorciada(o), y una historia de abuso en la niñez. Mejía-Arango et al. (2007) ven que la probabilidad de deterioro cognitivo sumado a la dependencia funcional fue mayor entre las mujeres y aumentó con la edad; fue menor en los sujetos casados y se asoció con la presencia de diabetes, enfermedad cerebral, enfermedad cardíaca y depresión. Colunga-Rodríguez et al. (2008) corroboran estas estadísticas al notar una prevalencia de depresión de 63%, en una proporción de 3 mujeres por cada hombre. García-Peña et al. (2008), en un estudio de 7 449 adultos mayores en la Ciudad de México, notaban una prevalencia de depresión mayor de 13.2%, con 1 de cada 8 adultos mayores mexicanos con síntomas de depresión mayor.

Un estudio de adultos mayores hospitalizados en Torreón, Coahuila (Martínez et al., 2007) encontró depresión en 50%; dependencia en 62% con la escala de Katz; 75% con la de Lawton, y asociaciones al sexo femenino, vivir solo, en dependencia y estar hospitalizado. Ávila-Funes et al. (2007) han visto que los síntomas depresivos favorecen el desarrollo de dependencia funcional en 37.9% de sus sujetos con depresión, mientras que Zavala y Domínguez (2009) observan en Cárdenas, Tabasco, una elevada frecuencia de depresión y disfunción familiar en comparación con otros reportes, con niveles de depresión leve de 34% y de moderada-severa de 19%. Destacan una asociación entre disfunción familiar y depresión, y la depresión estaba también relacionada con un bajo nivel educativo y la soledad. Gallegos-Carillo et al. (2009) ven una disminución importante en la calidad de vida de adultos mayores quien tiene depresión y más en los quien también tiene enfermedades crónicas.

Por su parte, Ávila y colegas (2007) y Blazer (2003) reconocen la depresión como la causa principal de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez, afectando con mayor severidad a los ancianos de estrato socioeconómico bajo y medio bajo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La globalización y su desigual repercusión en las condiciones de vida de la humanidad en distintas partes del mundo produjeron en los últimos 20 años, profundos cambios económicos y sociales que afectan a poblaciones cada vez más envejecidas, hasta el punto en el que se observa al envejecimiento como uno de los principales problemas del siglo XXI, dado a que está comprometiendo enormemente la calidad de vida de los adultos mayores y lo seguirá haciendo sino no se toma en cuenta que ellos son también actores sociales de desarrollo y del progreso de los pueblos (Goleman,2001). Las predicciones demográficas indican que para el año 2050 el grupo de Adultos Mayores superará al de 14 años y menores, En América Latina la tasa de crecimiento entre los años 2020 y 2050 será de 3.5%, tres veces mayor a la población total. En México, este grupo etario suma 7.9 millones y representa el 7.5% del total de la población. La esperanza de vida radica en 74.8 años, 72.4 años para hombres y 77.2 para mujeres (Guzmán, 2009). Por lo que, esta población se han convertido en una prioridad por la naturaleza de sus necesidades y demandas, con enormes implicancia sociales, económicas y políticas que van a influenciar enormemente en su calidad de vida. El envejecimiento no es un fenómeno común en naturaleza, sino un producto de la civilización y es un proceso en el desarrollo propio de la especie humana, y la vejez es la última etapa donde se identifica a la persona adulta mayor, es decir aquella de 60 años y más (Rodríguez ,2007). Por lo que las que las personas mayores han de continuar con un nivel de participación y actividad en su cuidado que es esencial para vivir de la mejor manera posible y mejorar su calidad de vida (Villalobos, 2007:)

La Calidad de Vida, actual es caracterizada por un aumento en la longevidad, y no está necesariamente asociada a mejor calidad. Hablar de calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de las personas. Sin embargo es frecuente que se dejen de lado estos aspectos.

Dentro del área de la salud, calidad de vida se define como la percepción que la sociedad tiene respecto de las condiciones globales de vida y que los traduce subjetivamente en sentimientos de bienestar, satisfacción, insatisfacción, felicidad o infelicidad. (Cárdenas, 2001: 35-40). En este contexto se inscribe la necesidad de conocer la calidad de vida del adulto mayor.

En la actualidad el viejo ya no puede trabajar ya que legalmente no debe hacerlo y procede la jubilación, que si bien para muchos es una etapa de descanso y relajación para la gran mayoría sufre un problema de empobrecimiento, ya que no es sujeto de una pensión, (63.3% según INSEN 2010) y deberá sobrevivir con lo que a los hijos, familiares o amistades le puedan proporcionar lo necesario para sobrevivir (Goleman ,2001). La función intelectual de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. La función cognitiva cambia con la edad. Si bien algunos individuos envejecen «exitosamente», es decir muchas de sus funciones cognitivas

permanecen igual que en su juventud; la mayoría sufre la disminución de algunas esferas cognitivas tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas (Varela 2004). La calidad de vida en el adulto mayor es un compromiso social.

En la vejez, con frecuencia se presentan simultáneamente padecimientos en los que no hay una causa única de morbilidad, por lo que predomina la multi-causalidad. Por lo tanto, las enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles que afectan la funcionalidad. La coexistencia de trastornos psiquiátricos puede alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia, este fenómeno es significativamente menospreciado y con frecuencia pasado por alto. Los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada su alta prevalencia y su alto costo social y económico.

Teniendo en cuenta que el diagnóstico oportuno y su tratamiento correcto de la depresión en los adultos mayores influye en su calidad de vida surge la siguiente interrogante:

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la calidad de vida de los adultos mayores con depresión de la UMF 94?

JUSTIFICACION

La depresión en el anciano no es detectada, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado, ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad. Otro motivo por el que pasa desapercibida la depresión en los ancianos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento, lo que ocasiona trastornos que afectan la calidad de vida de las personas adultos mayores.

Por lo que el presente estudio pretende determinar cual es la calidad de vida con depresión en adultos mayores, ya que esto puede influir de manera negativa en nuestros pacientes para lograr un apego terapéutico y con ello el descontrol de sus patologías de base y aumentar la aparición de complicaciones de las misma que acompañan a este grupo de edad. De tal manera que se puede hacer mayor hincapié en el diagnóstico y tratamiento de la depresión para así poder tomar acciones que ayuden a el paciente a que no se afecte su calidad de vida de manera severa.

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la calidad de vida del paciente adulto mayor con depresión de la UMF 94

ESPECIFICOS

Identificar que aspectos de la vida son los más afectados por la depresión en los adultos mayores de la UMF 94

Hipótesis:

No es necesaria por ser un estudio descriptivo

Identificación de variables: (Ver anexo 1)

Variable de estudio: Calidad de vida en el adulto mayor con depresión de la UMF 94

Universales

Edad

Genero

Estado Civil

Diseño del estudio

Observacional, descriptivo y transversal

METODOLOGIA

Universo de estudio

Pacientes adultos mayores portadores de depresión derechohabientes del IMSS

Población de estudio

Pacientes adultos mayores portadores de depresión, derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF 94

Muestra de estudio

Pacientes adultos mayores de 60 a 80 años de edad, portadores de depresión, derechohabientes IMSS adscritos a la UMF 94

DETERMINACION TAMAÑO DE LA MUESTRA

De acuerdo a la población reportada en el diagnostico de salud de la UMF 94 con edad entre 60 a 80 años con diagnostico de depresión, se tiene una población de 53 pacientes.

TIPO DE MUESTREO

Por conveniencia

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión

- Pacientes de 60 a 80 años de edad, derechohabientes de la UMF 94 del IMSS
- IMSS
- Pacientes portadores de depresión
- Ambos generos
- Pacientes que acudan a sus citas de control de manera regular
- Ambos turnos
- Pacientes que acepten participar en el proyecto de investigación, previa firma de consentimiento informado y que contesten de manera completa el instrumento.
- Que conteste el cuestionario SF-36 (aplicación guiada)

Criterios de no inclusión

- Pacientes que no sean derechohabientes de la UMF 94 del IMSS
- Pacientes que no sean portadores de depresión
- Pacientes que no acudan a sus citas de manera regular.
- Pacientes que no tengan edad entre 60 a 80 años

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

El alumno del curso de especialización de Medicina Familiar a través de la agenda electronica, se buscara a los pacientes con diagnostico de depresión los que se encuentren en sala de espera, de las 8:00 hrs a las 20:00hrs, se les invitara a colaborar en el estudio, para ello les explicara de manera personalizada el objetivo y forma de participación, en aquellos aceptantes que cubran los criterios de selección se les proporcionara el cuestionario SF-36 cuestionario de salud, dando las indicaciones adecuadas para su llenado de forma adecuada.

PROCEDIMIENTO DE INTEGRACION Y RECOLECCION DE LA INFORMACION (Ver anexo 2)

Una vez aprobado el trabajo por el Comité Local de investigación, se notificara a la Unidad y se procederá a la integración de la muestra como se describió en el apartado anterior.

Aquellos aceptantes a participar previa explicación del objetivo y forma de participación, se les entregará el formato de consentimiento informado, para rubricarse, posteriormente se aplicará por el investigador el formato de recolección de datos personales, se aplicara de manera guiada en un lugar tranquilo en la sala de espera para aplicar el instrumento SF-36 Cuestionario de Salud.

El instrumento permite detectar tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

Dicho procedimiento se efectuara con cada uno de los participantes hasta complementar la muestra establecida.

Hoja de recolección de datos

Para recolección de la información se construyo una encuesta estructurada que se integra de 3 apartados

- El primero corresponde a la ficha de identificación que especifica nombre, edad, escolaridad, genero.
- El segundo apartado es el SF-36
- El tercero pertenece a la asignación de puntaje

DESCRIPCION Y VALIDACION DEL INSTRUMENTO

El instrumento SF-36 cuestionario de salud, permite detectar tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

Las respuestas son de opción múltiple con 6, 5 4, 3 y 2 respuestas. Para este trabajo se realizo una escala de 0 a 100, en donde de 0 a 50 es mala calidad de vida y de 51 a 100 buena calidad de vida agrupado las respuestas en 2 rubros salud física y salud mental.

DESCRIPCION DE PROGRAMA DE TRABAJO

Primer año de la residencia

- Adquisición de los conocimientos en investigación biomédica, por medio de un seminario de Investigación I y Estadística I
- Selección del tema a investigar
- Búsqueda de referencias bibliográficas sobre depresión en el adulto mayor
- Elaboración del proyecto de investigación, conforme la metodología de investigación revisada.

Segundo año de la residencia

- Entrega del Proyecto de Investigación al Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) de la UMF 94.
- Modificaciones de acuerdo a las observaciones de CLIS
- Valoración de aprobación y registro
- Recolección de datos en UMF 94
- Solicitud de registro del protocolo
- Integración de la muestra
- Elaboración de la base de datos
- Análisis de resultados
- Elaboración de tesis y escrito médico
- Difusión del trabajo a través de sesión con personal residente, jornadas y/o envío a publicación de revista indexada.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (Ver anexo)

ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACIÓN QUE SE OBTENDRÁ:

Para el manejo de variables universales se propone estadística descriptiva con determinación de porcentajes y para determinar el nivel de calidad de vida en el adulto mayor con depresión será a través de los resultados que arroje el instrumento, determinado por porcentajes y representado por medio de cuadros y figuras con ayuda del programa estadístico SPSS V 20

RECURSOS DEL ESTUDIO

Humanos: Investigadores involucrados

Físicos: Instalaciones de la UMF

Materiales: Artículos de papelería

Tecnológico: equipo de cómputo e impresión

Financieros: Aportados por el investigador

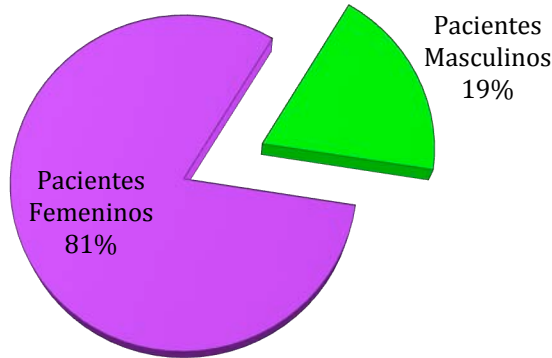
ASPECTOS ÉTICOS (ver consentimiento informado)

En la elaboración de este proyecto se considerarán los fundamentos éticos internacionales (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud Ginebra 2002) y nacionales (Ley de salud e instructivos del IMSS) vigentes en materia de investigación humana. Este trabajo se considera de riesgo mínimo y se cubrirán los requisitos de confidencialidad, privacidad, se realizará una revisión del expediente clínico de los pacientes participantes y se utilizará el consentimiento informado y la participación libre y voluntaria, respetando la autonomía de la participante, así como de los médicos tratantes que estén involucrados en la atención de salud primaria de los pacientes participantes.

RESULTADOS

Se detecta una población de 53 pacientes de la UMF 94, de los cuales participaron del sexo femenino 81.1% (43 pacientes femeninos) y el 18.8% (10 pacientes masculinos) del sexo masculino.

▫



Media de edad

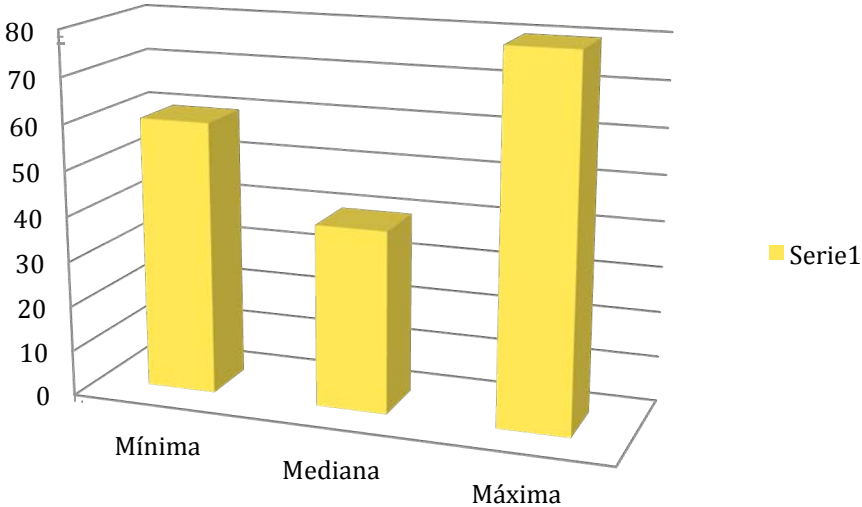
El tamaño de la población es de 53 pacientes, no se excluyó a ningún paciente, la edad mínima fue de 60 años, la mediana de y la máxima de 80 años

En el caso de los hombres la mínima fue de 60 años, la mediana fue de 71 años y 79 la máxima, con un promedio o media de 71.1

En el caso de las mujeres, la mínima fue de 60 años, la mediana de 65 años y la máxima de 80 años, con un promedio o media de 67.

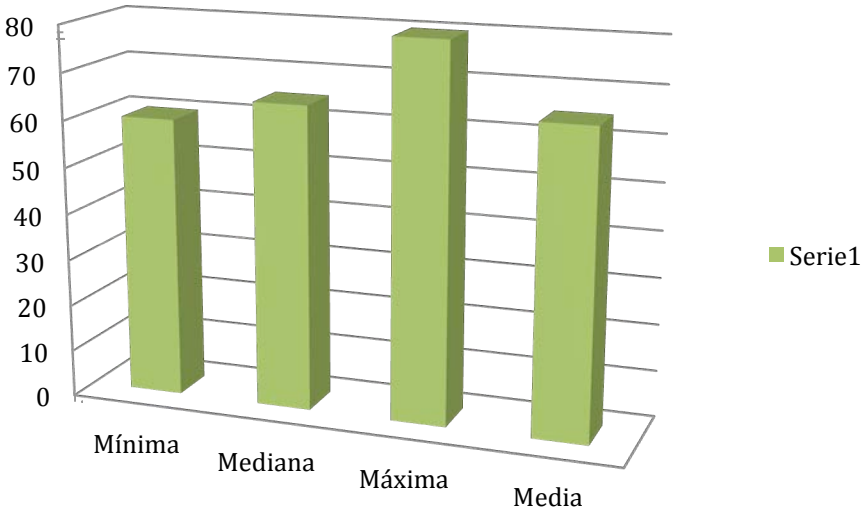
Población General

□



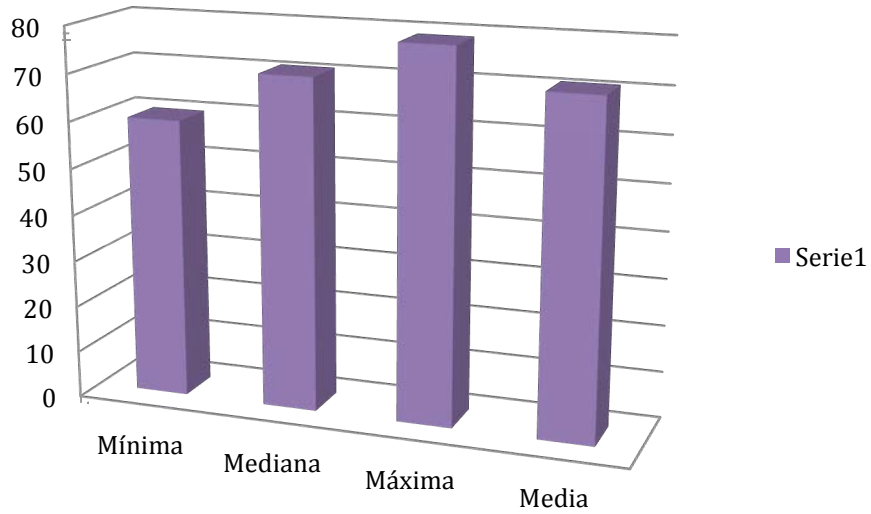
Mujeres

□



Hombres

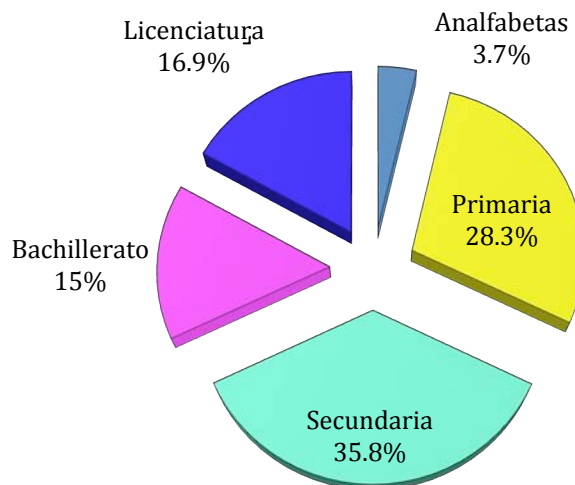
□



Frecuencia de grado escolar

En este caso se observa que de la población de 53 pacientes todos respondieron la escolaridad así que 3.7% son analfabetas, seguido de 28.3% que estudiaron solo la primaria, 35.8% la secundaria, 15% el bachillerato y 16.9% una licenciatura.

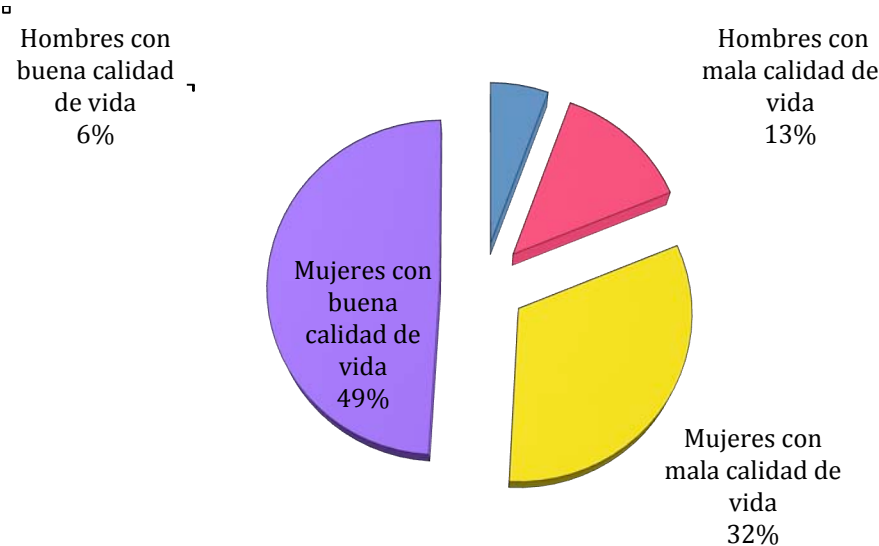
□



Frecuencia de mala calidad de vida en población adulto mayor con depresión.
Se encontró que de 53 pacientes entrevistados el 54.7% cuentan con una buena calidad de vida y el 45.2% cuentan con mala calidad de vida

Frecuencia de género con respecto a calidad de vida.

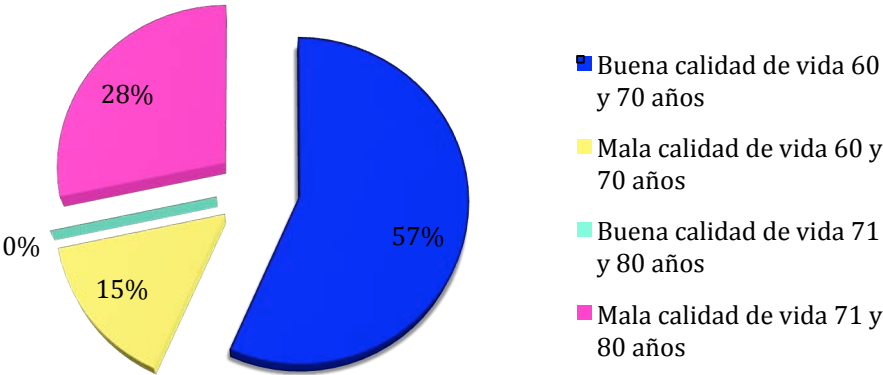
En este caso se observa que de la población de 53 pacientes en relación con el género y la calidad de vida se observa que los hombres con buena calidad de vida corresponde al 5.6% (3 pacientes), los hombre con mala calidad de vida al 13.2% (7 pacientes). Las mujeres con mala calidad de vida corresponde al 32% (17 pacientes), y la mujeres con buena calidad de vida corresponde al 49% (26 pacientes).



Frecuencia de calidad de vida con respecto a grupos por edad

En este caso se observa que de la población encuestada se encuentra una relación por grupos de edad y la calidad de vida se encuentra que de acuerdo al grupo de edad entre 60 a 70 años el 56.6% (30 pacientes) cuentan con buena calidad de vida, y EL 15% (8 pacientes) con mala calidad de vida y del grupo entre 71 a 80 años corresponde un 0% a buena calidad de vida y el 28.3% (15 pacientes) con mala calidad de vida.

□



CONCLUSIONES

La depresión es una patología frecuente en la población adulto mayor sin embargo esta sub diagnosticada en nuestro medio ya que son pocos los que cuentan con este diagnostico y con seguimiento de la patología, sin valoración de la calidad de vida en estos pacientes. Considerando que esta población es amplia en nuestro medio seria muy útil poder tener conocimiento de los aspectos mas afectados en la calidad de vida del adulto mayor para poder hacer un plan estratégico de intervención en estos pacientes que pudieran ayudarnos a disminuir la incapacidad que se encuentra como consecuencia ya que esto afecta gravemente a la persona convirtiéndose en una carga ya que no es útil para ser autosuficiente en sus necesidades básicas, y dejando de ser productivo a la sociedad ya que el ser adulto mayor no es sinónimo de inútil, con sus limitaciones, posteriormente afectando a la familia en donde se encuentra inmersos afectándola gravemente en su ciclo vital y en los roles de los integrantes, generándose crisis para normativas que en muchas ocasiones no son tratadas de manera adecuada dejando a la familia dañada, en otro panorama encontramos a mucho adulto mayor que no cuenta con redes sociales de apoyo y se encuentran en el abandono total , maltrato físico, emocional y con una dependencia arrastrando generándole a la sociedad un incremento de los gastos del recurso financiero en los servicios de salud al incrementarse los días hospital, polifarmacia, material de curación, etc. En la población estudiada se encontró un deterioro significativo en la calidad de vida relacionada con la salud, en la mayoría de los aspectos que valora el cuestionario SF36, excepto en función física, posiblemente a que la población se encontraba entre los 65 años de edad, acompañado de otras comorbilidades.

BIBLIOGRAFIA

1. Escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejeBiologico.pdf
2. Carbajo Vélez M. La historia de la vejez. Ensayos.Universidad de Valladolid.2008. 237-254.
3. De Miguel A. El arte de envejecer. Gerokomos 2011. 11(3): 119-132.
4. J.M. Marín. Envejecimiento. Salud publica Educ Salud.Sociedad española de Geriatría y Gerontología.2013. pag 28-33
- 5.NNUU.El envejecimiento activo. Concepto clave del documento de debate “salud y envejecimiento” elaborado por la OMS. IMSERSO. Madrid, 2002.
- 6.UNDESAPD. United Nations Departament of Economic and Social Affairs Population Division. World population ageing: 1950-2050. <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>. Accessed March 26,20
7. CONAPO.Envejecimiento de la población en México. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>
8. Lucero R, Casali G. Trastornos afectivos en el adulto mayor. Rev. Psiquiátrica Urug 2006; 70(2) 151-161.
9. Katona C, Watkin V, Livingsston G. Functional psychiatric illness in old age. En: Brocklehurst s Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. Talis R. Firit H (edts), 6º edición London. Churchill Livingstone, 2003: 837-853.
10. González-Celis R., A.L., 2002. Efectos de intervención de unprograma de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM.
11. Campbell, A., Converse, P.E. y Rodgers, W.L., 1976. The quality of life. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- 12.Cardona, D., Estrada A. y Agudelo, H.B., 2006. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. Biomédica, 26 (2), pp. 206-215.
13. Nieto, J., Abad, M. y Torres, A., 1998. Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica. Anales de Psicología, 4, pp. 75-81

14. Harper, A. y Power, M., 1998. Development of the World Health Organization WHOQOL-Brief quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, pp. 551-558.
15. Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C., 2002. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44, pp. 349-361
16. Juan Y. M. *Calidad de las ediciones de la vida en Psoriasis*. San Francisco 2000
17. file://A:\QualityMetric%20incorporated%20SF-36.htm
18. <http://www.content.nejm.org>.
19. TUESCA MOLINA RAFAEL. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*. 2008, 21: 76-86.
20. Alonso J, Prieto L, Anto JM. The Spanish version of the SF-36 health survey: An instrument for measuring clinical results. *Med Clin* 1995; 104(20):771-776.
21. Ware JE. *SF-36 health survey manual and interpretation guide*. Boston (MA): The Health Institute, New England Medical Centre; 1993.

ANEXOS

1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DEPRESION DE LA UMF No. 94.

Actividades	MES	OCT.	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR
Elaboración del Protocolo	P	P						
	R	R						
Elaboración de Instrumento	P		P					
	R		R					
Prueba Piloto	P			P				
	R			R				
Presentación al CLIEIS para registro de protocolo	P					P		
	R							
Recolección de la información	P						P	
	R							
Elaboración de la base de datos	P						P	
	R							
Captura de los información	P							
	R							
Procesamiento de Datos	P						P	
	R							
Análisis de los Resultados	P						P	
	R							
Elaboración del escrito científico	P							P
	R							

P=Programado

R=Realizado

2. CUADRO DE VARIABLES.

Variable dependiente

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medición
calidad de vida	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas	Se valora mediante la aplicación de un instrumento de medición llamado SF 36	Cualitativa	Nominal Dicotómica 1. Buena calidad de vida 2. Mala calidad de Vida
Nombre de la Variable				
Adulto mayor con depresión	Persona de 65 años o mas que cuenta con enfermedad en donde la persona tiene constantemente sentimientos profundos de tristeza, desmotivación y baja autoestima	Diagnostico de depresión	Cualitativa	Ordinal

VARIABLES UNIVERSALES

VARIABLE	DEFICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA DE VARIABLES
GENERO	Diferencia física y constitutiva observadas en el hombre y de la mujer	Características fenotípica del participante	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo de vida transcurrido de un individuo a partir de su nacimiento	Años cumplidos expresados por el participante	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos
Escolaridad	Periodo de tiempo medido en años durante el cual alguien ha asistido al escuela	Ultimo año escolar cursado en un sistema escolar formal expresado por el participante	Cualitativa	Categórica	Primaria completa Secundaria completa Bachillerato Licenciatura



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DEPRESION DE LA UMF 94
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	UMF 94 MEXICO D.F. FEBRERO 2015.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>La depresión en el anciano no es detectada, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado, ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad. Otro motivo por el que pasa desapercibida la depresión en los ancianos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento, lo que ocasiona trastornos que afectan la calidad de vida de las personas adultos mayores.</p> <p>Por lo que el presente estudio pretende conocer cual es su población adulto mayor que cuenta con el diagnostico de depresión y que calidad de vida tienen, ya que esto puede influir de manera negativa en nuestros pacientes para lograr un apego terapéutico y con ello el descontrol de sus patologías de base y aumentar la aparición de complicaciones de las misma que acompañan a este grupo de edad. De tal manera que se puede hacer mayor hincapié en el diagnóstico y tratamiento de la depresión para así poder tomar acciones que ayuden al paciente a que no se afecte su calidad de vida de manera severa.</p>
Procedimientos:	Contactar a los pacientes adulto mayor con diagnostico de depresión que acuden a consulta regular en la UMF 94 y contestar el instrumento SF 36.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejora en la calidad de la atención de los servicios de salud.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. ESTHER AZCARATE GARCIA. , Matricula: 99362280 teléfono: 5767 27 99 EXT. 21407 correo electrónico esther.azcarateg@imss.gob.mx
Colaboradores:	Dr. Uziel Valle Matildes. Matricula : 99362249, teléfono: 55771600 ext 21400 y 21401 correo electrónico : uziel.vallem @ imss.gob.mx Dra. Ivone Mendez Rivero, MATRICULA: 98366221 teléfono: 5767 27 99 EXT. 21407 Correo electrónico: Ivone_2707@hotmail.com.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

- Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

- Nombre, dirección, relación y firma

- Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

- Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

DATOS GENERALES

Nombre:_____.

Sexo: (M) (F)

Edad:_____.

Escolaridad:

PRIMARIA () SECUNDARIA () BACHILLERATO () LICENCIATURA()

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

INSTRUCCIONES: Lee con atención las siguientes preguntas y marque con una **X** una sola respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año

3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año

5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado
5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez

6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo

alguna vez

6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Solo alguna vez

6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante
falsa

5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante
falsa

5 Totalmente falsa

Asignación de puntaje.

- Salud física _____
- Salud mental _____