



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

**Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad
Xochimilco, Servicios de Salud Pública, Ciudad de
México, Jurisdicción Sanitaria Tláhuac. C.S-TII San
Juan Ixtayopan**

DIAGNOSTICO DE SALUD DE CST-II SAN JUAN IXTAYOPAN.

MPSS:

- Marla Zared Ríos Callejas
Matricula: 2162043845

Asesor Interno: Mtro. José Luis Pérez Avalos.
Asesor Externo: Lic. Díaz Domínguez Mario Natanael
Periodo: febrero 2023-enero 2024
Licenciatura: Medicina.

ÍNDICE

1.-Introducción.....	3
2.-Objetivo general.....	4
3.-Marco de referencia.....	4
4.-Datos de la unidad de salud	
4.1.-Dirección y ubicación.....	7
4.2.-Servicios.....	7
4.3.-Organigrama.....	8
4.4.-Misión y visión de la unidad de salud.....	8
5.-Metodología utilizada	
5.1.-Tipo de estudio.....	9
5.2.-Recolección de datos.....	9
5.3.-Límites de tiempo y espacio.....	9
6.- Información sociodemográfica del área de estudio	
6.1 Ubicación y mapa del área de estudio.....	10
6.2 Datos geográficos de la Delegación. (Topografía; Hidrografía; Clima; Superficie Territorial y Altura).....	10
7.- Resultados Depresión	
7.1. Resultado escala de Yesavage.....	11
7.2 Porcentaje de hombres y mujeres con depresión.....	11
7.3 Porcentaje de paciente controlado y no controlado.....	12
7.4 Relación entre depresión y control de la enfermedad crónico-degenerativa	12
8. Datos demográficos, acceso a la salud, vacunación y salud bucal	
8.1 Número de habitantes, por edad, identidad de género.....	14
8.2. Escolaridad de la población estudiada.....	15
8.3. Estado Civil de la población.....	15
9. Vacunación	
9.1Vacunación en el grupo de 60 y más años.....	16
10. Salud Bucal.....	16
11. Características de la vivienda	
11.1. Personas que habitan la vivienda.....	17
11.2. Índice de hacinamiento.....	17
11.3. Tenencia de la vivienda.....	18
12. Alimentación familiar.	
12.1. Frecuencia de alimentos ultra procesados consumidos a la semana....	18
12.2. Frecuencia de alimentos consumidos a la semana.....	19

13. Dinámica familiar.	
13.1. Tipo de familia.....	19
13.2. Religión que profesa.....	20
13.3. Tipo de violencia familiar.....	20
13.4. Ingreso económico familiar.....	20
14. Asistencia al centro de salud.	
14.1. Frecuencia en la que acuden al centro de salud.....	21
14.2. Trato recibido en el centro de salud.....	21
15. Conclusiones y recomendaciones.....	21
16. Bibliografía.....	24
17. Proyecto de intervención.....	26

Prevalencia de depresión en el adulto mayor diabético y los determinantes socioculturales relacionados, pertenecientes al centro de salud CST-II San Juan Ixtayopan

1.- Introducción

La depresión se define como 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. Actualmente es una de las enfermedades más comunes en todo el mundo con más de 300 millones de personas afectadas, del mismo modo la Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las enfermedades crónico-degenerativas más comunes a nivel mundial con una estimación de 422 millones de personas afectadas. Se ha demostrado que hay un aumento en la prevalencia de manifestaciones psiquiátricas en pacientes con crónico-degenerativas, siendo la depresión el trastorno mental más frecuente en personas con diabetes, considerando que 1 de cada 3 pacientes tienen depresión, siendo el riesgo de tener un trastorno depresivo 2 veces mayor que en la población general. (Schram, 2020)

De acuerdo con los reportes de la OMS en el mundo la población de adultos mayores constituye el 11 % de la población total y se estima que para el año 2050 representará el 22% de la población, así mismo afirma que el 25 % de la población adulta mayor sufre algún tipo de patología psiquiátrica, estimando que del 10 al 45 % de los adultos mayores padecen en un momento de su vida algún síntoma depresivo, viéndose incrementada la prevalencia en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas. Durante el proceso de envejecimiento, los adultos mayores van perdiendo autonomía, esto como resultado del desgaste y deterioro de las funciones de sus órganos y sistemas, lo que vuelve susceptible a esta población a sufrir algún tipo de quebranto en su salud física, fomentando el desarrollo de patologías crónicas no transmisibles, por lo tanto hay un deterioro en el estado físico y mental en el adulto mayor, sin embargo, no es hasta hace poco tiempo que este aspecto ha sido tomado en cuenta durante la evaluación de este grupo poblacional. Los datos de prevalencia de depresión en los adultos mayores son múltiples teniendo variaciones en los diferentes países, en México se ha reportado que en barrios marginales la prevalencia de depresión en adultos mayores es de entre el 26% y el 66%. (Otte C, 2016)

La atención y evaluación de la salud mental en el adulto mayor por muchos años no ha sido tomado en cuenta como parte importante en el seguimiento de los pacientes, sin embargo, estudios recientes han demostrado que la depresión en el adulto mayor es un verdadero problema de salud pública que afecta la calidad de vida de quien la padece, siendo la principal causa de años vividos con discapacidad. (Volpato B, 2021).

En la atención primaria de la salud el médico es el pilar fundamental en la atención integral del individuo en todas las etapas de la vida y es por esa razón que suele ser impactante que, a pesar de los avances innegables en el conocimiento de la

epidemiología, etiología y alternativas de atención, los trastornos depresivos continúan siendo un problema grave de salud pública en todo el mundo. La atención decidida, organizada e inteligente de la sociedad en su conjunto permitirá hacer frente a este problema y limitar su impacto. (Volpato B, 202)

2.-Objetivo General y Específicos

Identificar la prevalencia de depresión en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al centro de salud T-II San Juan Ixtayopan, así como los principales determinantes socioculturales influyentes en su evolución.

3.-Marco de Referencia

La depresión es un padecimiento altamente incapacitante y con gran prevalencia a nivel mundial. Se ha observado que los pacientes con trastornos depresivos consultan primero a los médicos de atención primaria, antes que a un especialista en esta área como es el psiquiatra. (May K. 2019) La evaluación y el diagnóstico de los trastornos depresivos esta basados en clínica y entrevista sin embargo siempre es necesario descartar la presencia de una afección orgánica que esté provocando esta sintomatología en el paciente. (Boing A. 2012)

“La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o perdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas” (Serrano, y otros, 2011)

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-V) el diagnóstico se da ante la presencia de síntomas depresivos, con una duración de al menos 2 semanas y al menos cuatro síntomas concomitantes, entre los que se puede mencionar: Cambios en el apetito, en el peso, en el sueño y la actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para pensar y tomar decisiones, así como pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. (Boing A, 2012)

En todo el mundo la depresión es altamente prevalente y esta ha incrementado a lo largo de los años, en países desarrollados, la prevalencia es de 18%, mientras que en países en vías de desarrollo es de 9,2%. (May k, 2019) Se estima que la presentación en mujeres es el doble que en hombres, sin importar la edad, se han realizado estudios que indican que se presenta mayormente en adultos jóvenes, entre más edad menos prevalencia de depresión sin embargo existen factores de riesgo en adultos mayores que aumentan la presentación de la enfermedad. (Otte C, 2016)

Actualmente hay múltiples factores de riesgo que se encuentran presentes en el TDM, sin embargo siempre destacan los siguientes: Enfermedad médica concomitante,

dolor crónico, medicamentos, enfermedad psiquiátrica concomitante, eventos de vida adversos, rasgos de personalidad, estatus económico bajo, tabaquismo. También se han encontrado algunos factores protectores como: creencias religiosas, soporte social y embarazo (May K, 2019)

Por otro lado los determinantes que rigen el estado de salud durante el envejecimiento se definen como aquellos que permiten mejorar o agravar la calidad de vida del adulto mayor. Es así que en el contexto de un envejecimiento saludable se ven inmersos varios factores explicados en tres modelos de determinantes los mismos que deben ser tomados en cuenta durante el abordaje de un adulto mayor. (Molina V, 2021)

Primer modelo: En el campo la salud en el envejecimiento canadiense se ha establecido cuatro determinantes relacionados que son: Los factores biológicos, los estilos de vida, el medio ambiente y los servicios de salud. (Molina V, 2021)

Segundo modelo: La OMS distingue tres determinantes inmersos uno al otro para mantener la salud en el adulto mayor estos son: Los determinantes distales o estructurales representados por el contexto social, cultural, económico y político de la persona. Determinantes intermedios caracterizados por la susceptibilidad a la vulnerabilidad en el contexto laboral, familiar o social del individuo. El determinante proximal que no es otra cosa que el riesgo individual que posee cada individuo de acuerdo a sus características propias. (Molina V, 2021)

Tercer modelo: Se hace referencia al modelo histórico social propio de las desigualdades. (Molina V, 2021)

La depresión cuenta con un grado de dificultad para hacer su diagnóstico ya que puede manifestar una combinación de distintos síntomas, es por ello que se han creado múltiples herramientas a manera de tamizaje, que nos permite definir los pacientes que tienen la necesidad de un estudio mayor, un ejemplo de esto es el Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems, (PHQ-9). (Boing A, 2012)

Para la población geriátrica se suelen utilizar otros instrumentos de tamizaje, debido a que las comorbilidades que presentan generan mayor dificultad para el diagnóstico, entre estas encontramos la escala de depresión geriátrica Yesavage. Una vez que algún tamizaje da positivo, se utilizan una serie de criterios para poder realizar el diagnóstico certero, la más utilizada es la establecida por el DMS-5. (Schram, 2020)

Para el TDM el tratamiento farmacológico se reserva para aquellos pacientes que presentan depresión moderada o severa, el objetivo de los fármacos como los antidepresivos, es lograr la remisión total de los síntomas y restaurar la funcionalidad del paciente, sin embargo se debe saber que pese a estar comprobada la efectividad de los tratamientos antidepresivos, su efectividad

en remisión únicamente se presenta en el 67% de los pacientes y el porcentaje restante se encuentra con mejoría parcial de los síntomas.(Schram, 2020) El mecanismo preciso por el cual los antidepresivos modulan el estado de ánimo, aún permanece desconocido, el común denominador de los fármacos es que estos actúan en el sistema monoaminérgico regulando alguno de sus neurotransmisores, sin embargo éstos interactúan de forma compleja, por lo que dificulta la generalización de cómo se debe dar el tratamiento a todos los pacientes. Se establece que el tratamiento farmacológico de un primer episodio de TDM debe extenderse entre 6 y 12 meses después de la remisión de los síntomas con el fin de evitar la recurrencia de los síntomas. (Otte C. 2016)

Por otro lado, las enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus son sumamente prevalentes encontrándose en 12.4 y 30 millones de personas respectivamente, actualmente se ha relacionado a las enfermedades crónico degenerativas con el trastorno depresivo mayor, ya que estos pacientes se encuentran en un estado proinflamatorio crónico con un aumento de citocinas inflamatorias que actúan en diversos órganos, entre ellos a nivel cerebral afectando principalmente estructuras como la corteza prefrontal y el sistema límbico-cortical generando alteraciones en la plasticidad cerebral. (May K, 2019. Otte C, 2016)

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar trastorno depresivo mayor encontramos la exposición crónica al estrés, siendo las enfermedades crónico degenerativas factores importantes para el desarrollo de estrés tanto físico como mental, principalmente en adultos mayores, se ha demostrado que esta exposición prolongada a estrés puede inducir cambios de larga duración en la biología del cerebro generando alteraciones en los estados funcionales de varios neurotransmisores, pérdida de neuronas y reducción excesiva de los contactos sinápticos. (Otte C, 2016. Boing A, 2012)

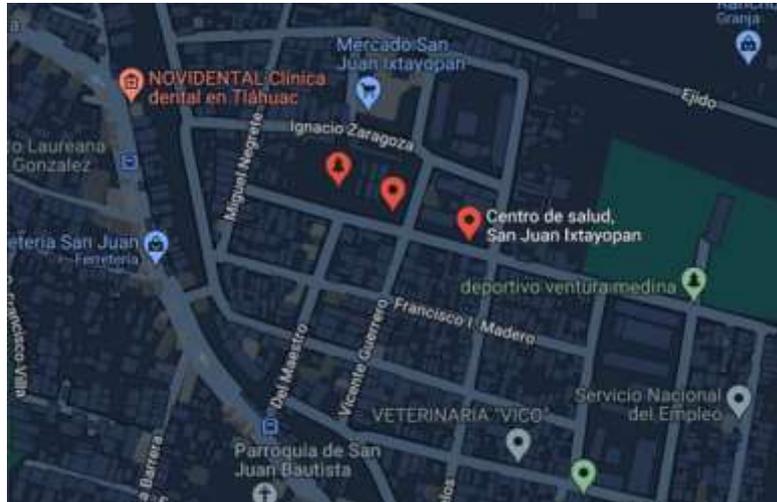
Es bien sabido que para alcanzar un adecuado estado de salud tanto físico como mental se requiere de la intervención de varios determinantes de salud entre los que podemos destacar los factores demográficos sociales y culturales, condición que requiere de mayor relevancia sobre todo en los adultos mayores. Ya que son quienes acuden permanentemente solicitando atención a los establecimientos de salud. Sin embargo existen pocos estudios en este grupo de edad acerca de la depresión y los determinantes de salud, debido a que los síntomas depresivos que presenta el adulto mayor son considerados como achaques propios de la edad y por lo tanto la depresión pasa subdiagnosticada en este grupo etario, por lo que es importante generar conciencia acerca de la importancia de la prevención y atención oportuna en esta población, así como en el personal de salud. (Molina V, 2021)

4.-Datos de la Unidad de Salud

4.1 Dirección y ubicación

El centro de salud TII San Juan Ixtayopan se encuentra en la calle Emiliano Zapata N/A, 13500 Ciudad de México.

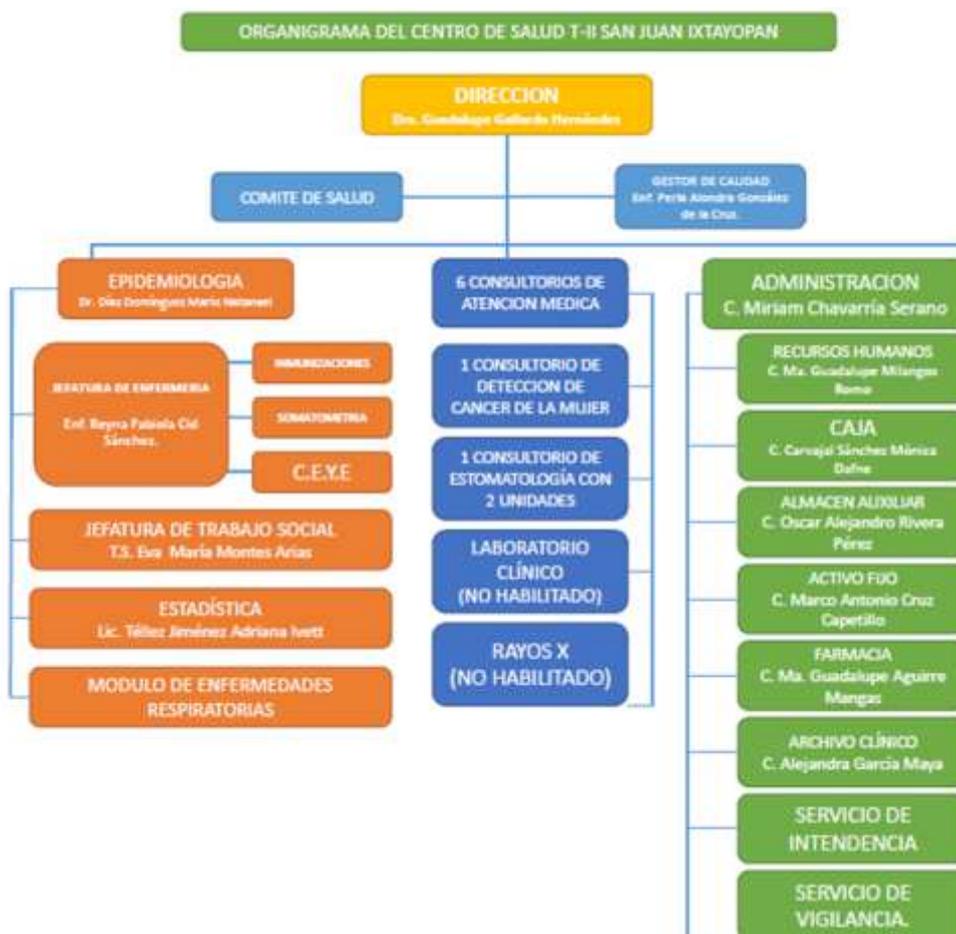
Teléfono: 5558484295 Correo electrónico: peticionesciudadanas@salud.gob.mx



4.2 Servicios

NOMBRE DEL SERVICIO	PERSONAL RESPONSABLE	HORARIO DE ATENCION
1.-Consultorios de atención medica	Personal Medico	Matutino: 8:00 a 3:30 Vespertino: 4:00 a 8:00
2.-Epidemiologia	Dr. Díaz Domínguez Mario Natanael	8:00 a 4:30
3.-Inmunizaciones	Personal de Enfermería	8:00 a 3:30
4.-Consultorio de detección de cáncer de la mujer.	Personal de Enfermería	8:00 a 3:30
5.-Consultorio de estomatología	Personal de Estomatología	8:00 a 3:30
6.-Laboratorio clínico	NO HABILITADO	Sin horario de atención
7.- Rayos X	NO HABILITADO	Sin horario de atención
8.-Planificacion familiar	T.S. Eva Maria Montes Arias	8:00 a 4:30
9.-Modulo de enfermedades respiratorias	Personal Medico	8:00 a 2:00
10.-Somatometria y Curaciones	Personal de Enfermería	7:30 a 2:00

4.3 Organigrama



4.4 Misión y Visión de la unidad

- **4.4.1 Misión:** Contribuir al logro de un desarrollo humano, justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud y organizando a la población el derecho a una atención digna, de calidad y con calidez que sea acorde a sus propias necesidades.
- **4.4.2 Visión:** Participar en la construcción de una red integrada a servicios de salud, cuya estructura debe ser dinámica y que debe de tener la capacidad de adaptarse a las necesidades de la población, cuyo sistema de salud sea equitativo, anticipatorio, participativo y solitario, o procurando la atención a la salud en sus dimensiones de promoción, prevención o eliminación del riesgo y vigilancia epidemiológica, tanto a nivel individual como familiar y comunitario, mediante la prestación eficaz y eficiente de servicios propiciando el fortalecimiento de la participación social.

5. Metodología Utilizada

5.1 Tipo de estudio:

La presente investigación será de tipo transversal, observacional, ya que se identificarán a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión (Adultos mayores Diabéticos) a quienes se les aplicará la escala Yesavage, para después recopilar la información obtenida y finalmente describiendo los resultados obtenidos.

5.2 Recolección de datos

Para la selección de la muestra se seleccionan de forma aleatoria mínimo 60 pacientes diabéticos mayores a 60 años que acudan al C.S T-II San Juan Ixtayopan a los cuales se les aplicará la escala de depresión geriátrica Yesavage con la finalidad de determinar los factores socioculturales y de riesgo que se presentan en los pacientes que presentan depresión e identificar la relación que existe en pacientes con depresión y la respuesta y apego que estos tienen ante el tratamiento de su enfermedad.

5.3. Límite de espacio y tiempo

El área seleccionada para la recolección de datos es el centro de salud T-II San Juan Ixtayopan con un tiempo de duración de 3 meses.

5.4 Recursos Utilizados

5.4.1 Recursos Humanos

Asesor Externo: Dr. Mario Natanael Díaz Domínguez Asesor Interno: Mtro. José Luis Pérez Avalos.	Capacitación, asesoría y revisión
Pasante de Medicina	Aplicación escala de Yesavage, recopilación de información, análisis, entrega de conclusiones e informe
Pasantes de Enfermería	Aplicación de escala de Yesavage

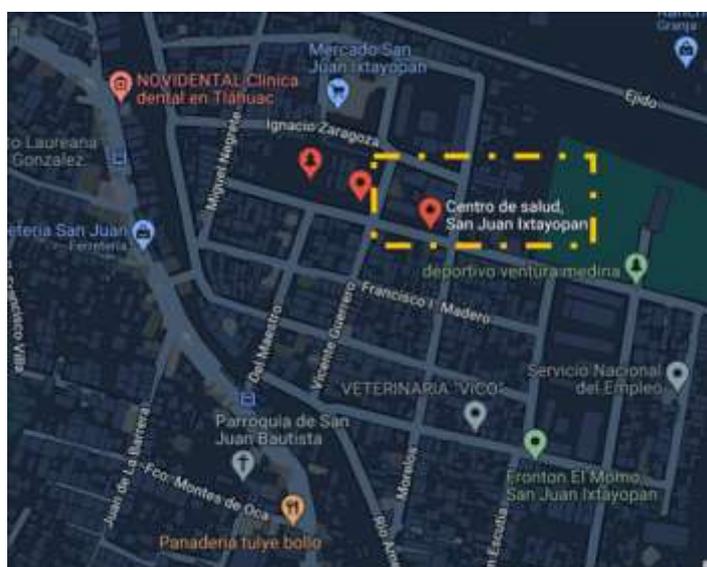
5.4.2 Recursos materiales

- Escalas de Yesavage: 100
- Lápiz y bolígrafos: 10
- Programa Excel
- Computadora

6. Información sociodemográfica del área de estudio.

6.1 Ubicación y mapa del área de estudio

El área de estudio es propiamente el centro de salud T-II San Juan Ixtayopan el cual se encuentra en la calle Emiliano Zapata N/A, 13500 Ciudad de México.



6.2 Datos geográficos de la delegación

La Delegación Tláhuac cuenta con los siguientes datos geograficos:

- **Topografía:** Su término comprende más de 83 km² y se localiza en el sureste de la capital mexicana, enmarcado por la sierra de Santa Catarina al norte y el Teuhtli al sur.
- **Hidrografía:** Tláhuac se encuentra totalmente dentro de la cuenca del Anáhuac. El centro de su territorio corresponde a la superficie de los lagos de Chalco y Xochimilco.
- **Clima:** El clima de Tláhuac es templado subhúmedo con lluvias en verano. La temperatura anual promedio es de 16.8 °C, con una máxima promedio de 25.4 °C y una mínima de 5.2 °C.
- **Superficie Territorial:** El territorio de Tláhuac forma parte de la subprovincia Lagos y Volcanes del Anáhuac de la provincia fisiográfica del Eje Neovolcánico.

7. Resultados

7.1 Resultado escala de Yesavage



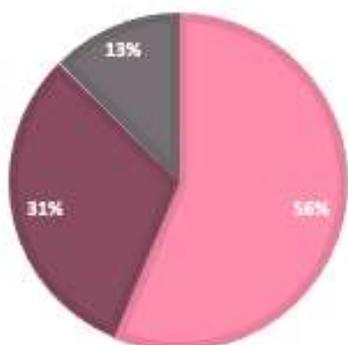
De acuerdo a la escala de Yesavage aplicada se observa que el 27% de los pacientes presentan probable depresión y el 13% una depresión ya establecida, es decir, 40% de nuestros pacientes muestran rasgos depresivos.

7.2 Porcentaje de hombres y mujeres con depresión

En las siguientes gráficas se realiza una comparativa del porcentaje de pacientes hombres y mujeres con depresión, donde se observa un incremento marcado en rasgos depresivos en las mujeres, teniendo un aumento del 9%.

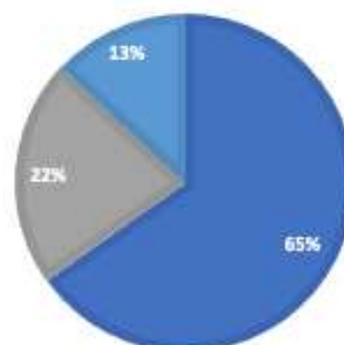
PORCENTAJE DE MUJERES CON DEPRESIÓN

■ Normal ■ Probable Depresión ■ Depresión establecida

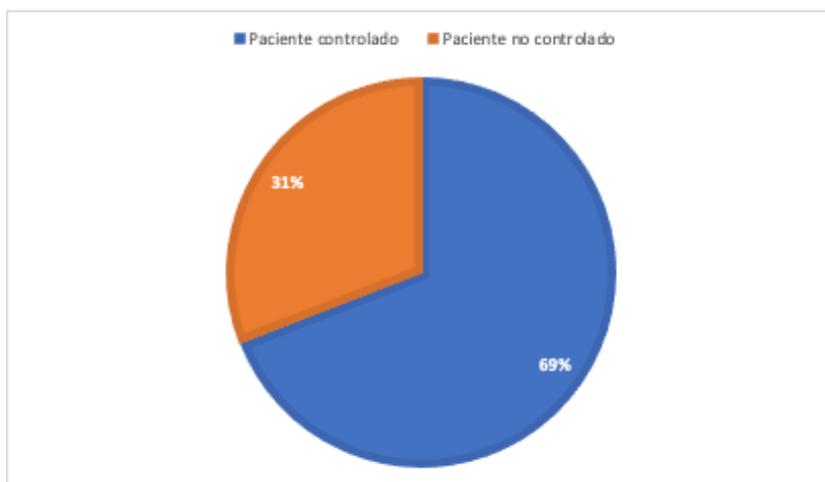


PORCENTAJE DE HOMBRES CON DEPRESIÓN

■ Normal ■ Probable Depresión ■ Depresión establecida



7.3 Porcentaje de pacientes controlados y no controlados

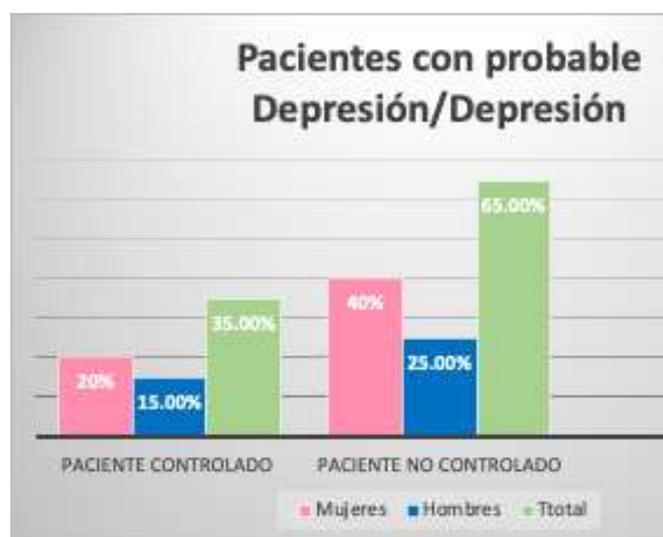


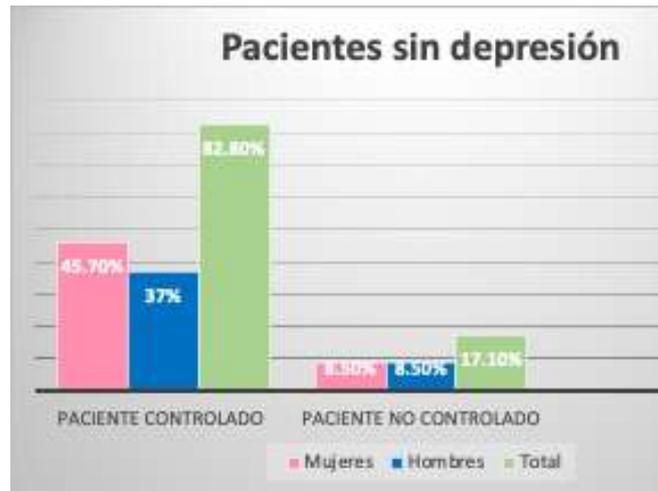
Se dividió la muestra de pacientes en: paciente controlado y paciente no controlado, en caso de ser paciente diabético se tomó en cuenta que tuviera un último valor de hemoglobina glucosilada menor al 7%, si cumplía con esto se les colocó en el grupo de “pacientes controlados”, cualquiera

que no cumpliera estos parámetros se colocó en el grupo de “pacientes no controlados”.

7.4 Relación entre depresión y el control de la enfermedad crónico-degenerativa

De acuerdo con los datos ya mencionados se hizo una relación entre pacientes con rasgos depresivos o una depresión ya establecida y el estado de su enfermedad crónico-degenerativa, ya sea controlado o no controlado. Encontrándose que en pacientes con rasgos depresivos en un 65 % se encuentran en descontrol de su enfermedad crónica, mientras que en pacientes sin alguna clase de rasgo de depresión en un 82% aproximadamente se encontraban en un estado de control de la enfermedad crónica.





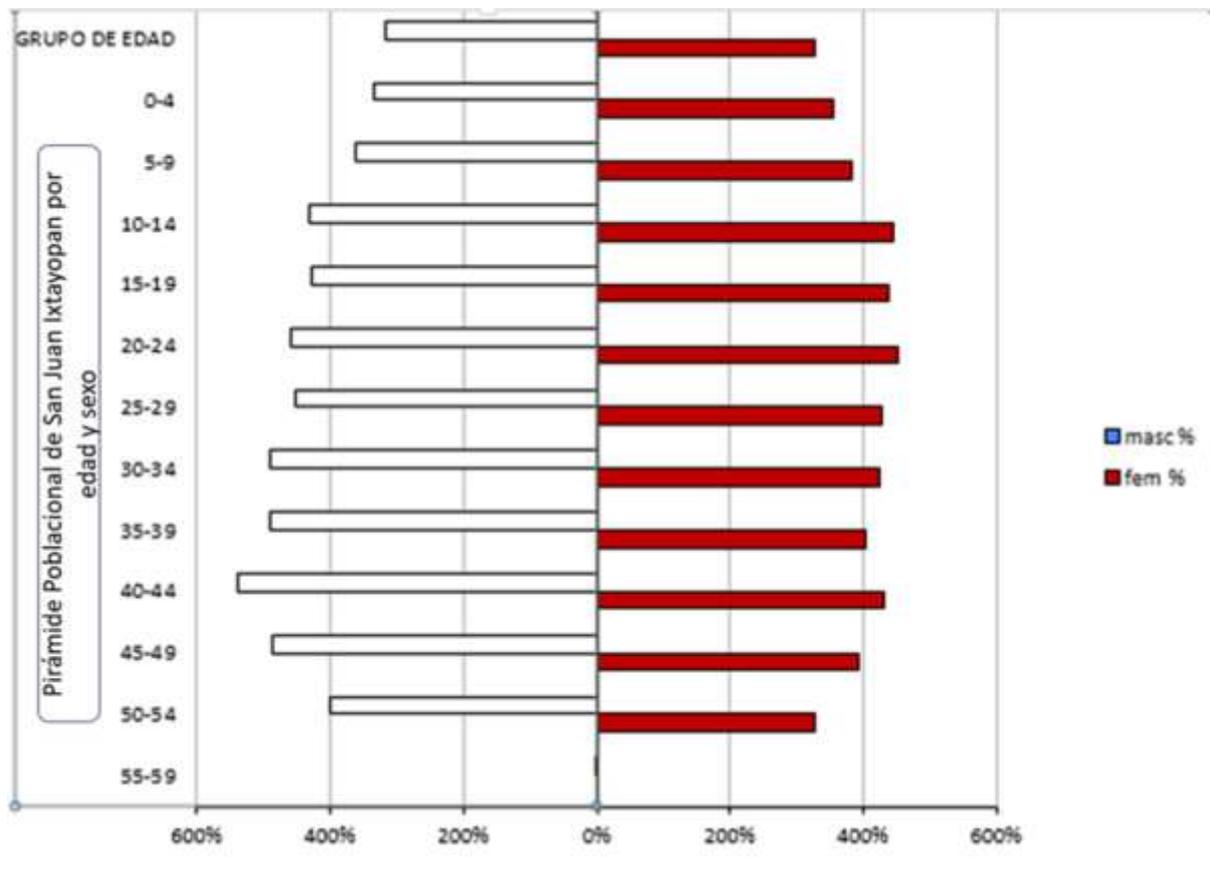
Se busca la relación existente entre el control de la enfermedad y la presencia de depresión sacando el valor del riesgo relativo, el cual dio un resultado de 2.53, el cual delata que existe una asociación positiva, lo que se que puede interpretar como que los pacientes sin control de su enfermedad crónico-degenerativa tienden 1.53 veces más riesgo de presentar depresión que los pacientes que tiene un buen control de su enfermedad crónica-degenerativa.

	Pacientes con depresión	Pacientes sin depresión	Total
Pacientes sin control de la enfermedad.	39	12	51
Pacientes con control de la enfermedad.	21	48	69
Total	60	60	120

$Re = 39/39+12 = 0.76$
 $Ro = 21/21+48 = 0.30$
 $RR = 0.76/0.30 = 2.53$

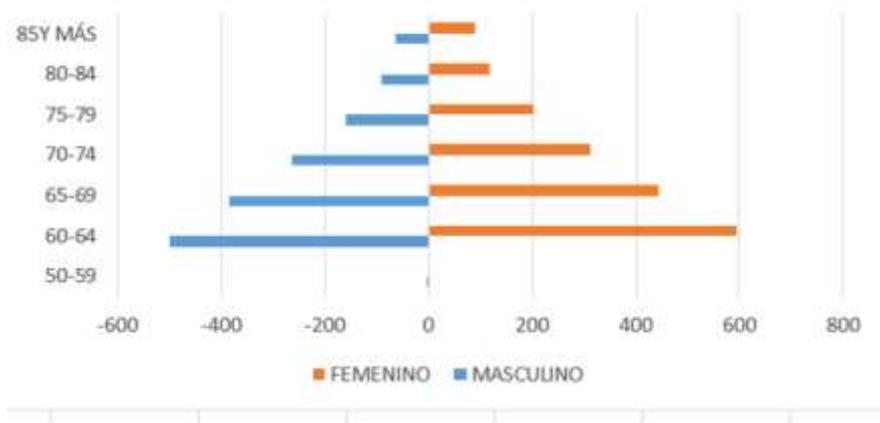
8. Datos demográficos, acceso a la salud, vacunación y salud bucal.

8.1 Número de habitantes, por edad, identidad de género.



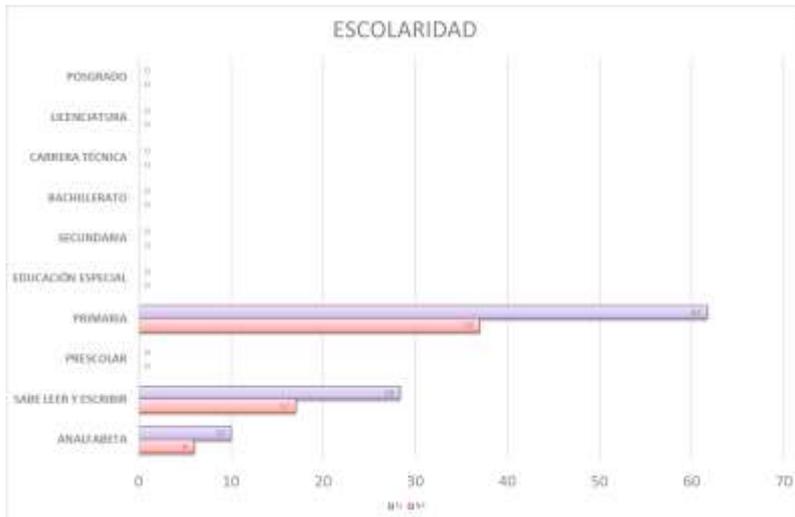
De acuerdo con el análisis de población el centro de salud de San Juan Ixtayopan cuenta con una población total de 21,532 derechohabientes, de los cuales 10,256 son masculinos y 11,276 son femeninos. La población que se tomó para el presente estudio abarcó a la población de 50 a 80 años o más, donde encontramos que la población predominante abarca la edad de 60 a 64 años, donde es mayormente predominante el sexo femenino.

POBLACION DE SAN JUAN IXTAYOPAN SEGUN SEXO (50-85 AÑOS DE EDAD).



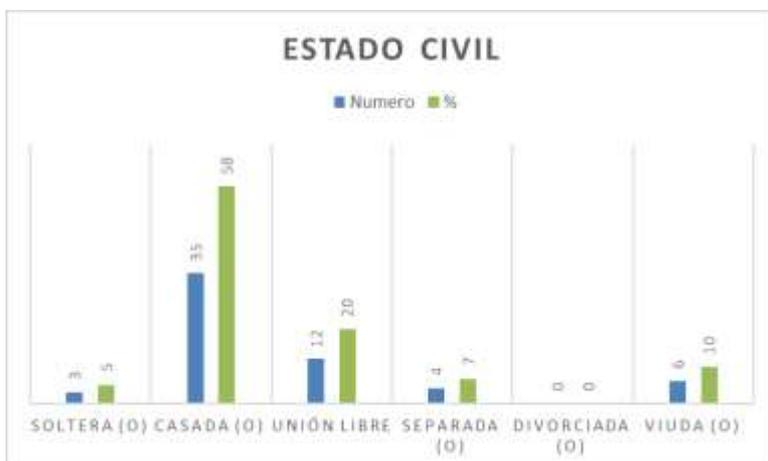
De acuerdo con los resultados obtenidos en las encuestas, encontramos que en semejanza con nuestro rango de edad base y al sexo contas con mayor población femenina.

8.2. Escolaridad de la población estudiada



De acuerdo con la encuesta realizada se encontró que en un 62% de nuestra población estudiada terminó la primaria, un 28% sabe leer y escribir y tan solo un 10% es analfabeta.

8.3. Estado Civil de la población.



Se encontró que un 58% de los encuestados se encuentran casados, 20% se considera en unión libre y solo el 10% se encuentra viudos.

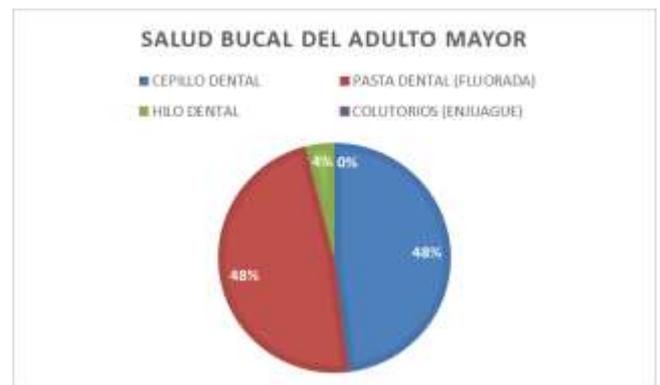
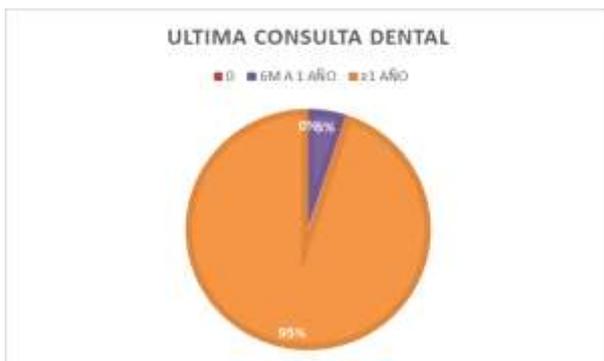
9. Vacunación.

9.1. Vacunación en el grupo de 60 y más años.



De acuerdo con la encuesta se encontró que el 92% de la población adulta mayor se había aplicado para ese momento la vacuna contra la Influenza y tan solo un 8% se había aplicado la vacuna neumocócica, cabe destacar que al momento de la encuesta no se había iniciado con la campaña de vacunación.

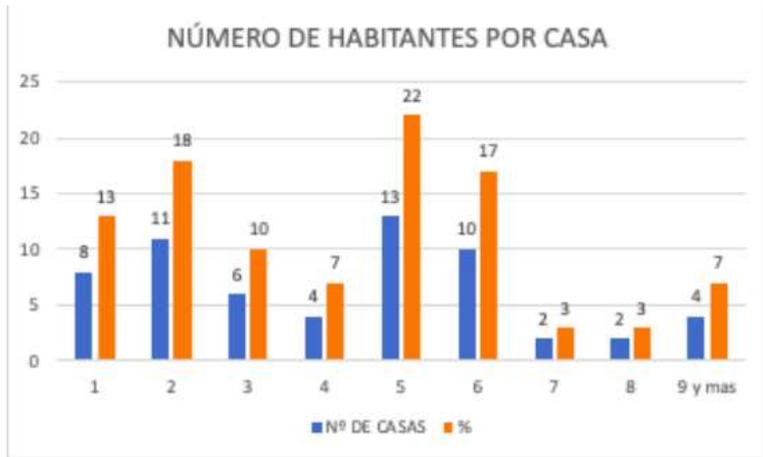
10. Salud Bucal.



De acuerdo con la salud bucal de nuestra población, en su totalidad mantienen buenos hábitos de salud bucal, ya que la totalidad se realiza aseo bucal por lo menos dos veces al día, utilizando en su mayoría productos de limpieza, sin embargo en cuanto a la asistencia al servicio de salud bucal un 95% han asistido al servicio dental hace un año o más.

11. Características de la vivienda.

11.1. Personas que habitan la vivienda.

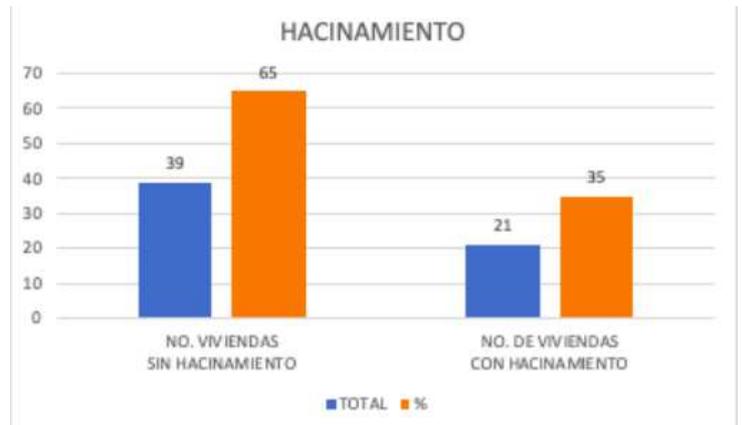


De acuerdo con los resultados de número de habitantes por casa se observa que el mayor porcentaje se encuentra en 5 habitantes por casa, posteriormente 2 y en tercer lugar se encuentran 6 habitantes, dando un promedio de 4.2 habitantes por casa.

11.2 Índice de Hacinamiento

Diagrama del Índice de hacinamiento por vivienda

Habitaciones (Dormitorios)	NO. DE HABITANTES POR VIVIENDA															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	1.00	0.50	0.33	0.25	0.20	0.17	0.14	0.12	0.10	0.09	0.08	0.07	0.06	0.05	0.04	0.03
2	0.50	1.00	0.67	0.50	0.40	0.33	0.28	0.25	0.22	0.20	0.18	0.17	0.16	0.15	0.14	0.13
3	0.33	0.67	1.00	0.75	0.60	0.50	0.43	0.38	0.33	0.30	0.28	0.26	0.25	0.24	0.23	0.22
4	0.25	0.50	0.75	1.00	0.80	0.67	0.58	0.50	0.44	0.40	0.37	0.35	0.34	0.33	0.32	0.31
5	0.20	0.40	0.60	0.80	1.00	0.80	0.67	0.58	0.50	0.44	0.40	0.37	0.35	0.34	0.33	0.32
6	0.17	0.33	0.50	0.67	0.80	1.00	0.80	0.67	0.58	0.50	0.44	0.40	0.37	0.35	0.34	0.33
7	0.14	0.28	0.43	0.57	0.71	0.86	1.00	0.80	0.67	0.58	0.50	0.44	0.40	0.37	0.35	0.34
8	0.12	0.25	0.38	0.50	0.63	0.75	0.89	1.00	0.80	0.67	0.58	0.50	0.44	0.40	0.37	0.35
9 y mas	0.11	0.22	0.33	0.44	0.56	0.67	0.78	0.89	1.00	0.80	0.67	0.58	0.50	0.44	0.40	0.37
Total	8	11	7	7	10	10	8	7								



Se determinó el índice de hacinamiento dividiendo el número de habitaciones que usan para dormir entre el número de habitantes por casa, denominando "hacinamiento" a un valor >2 , de acuerdo con las gráficas una tercera parte de los pacientes se encuentra en hacinamiento.

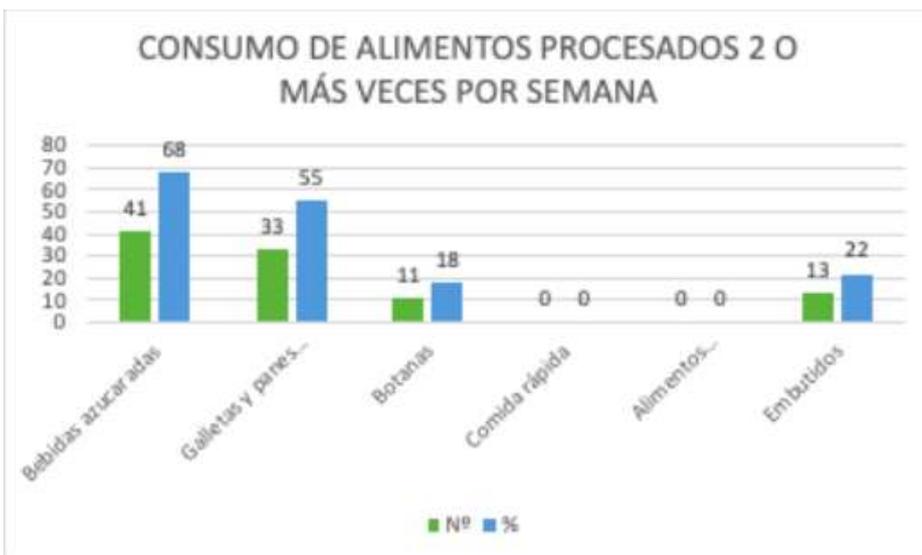
11.3 Tipo de tenencia de la vivienda



Un poco más del 50% de los pacientes cuentan con casa propia, el 25% cuenta con casa rentada y el resto se encuentra en otras condiciones como “prestada”

12. Alimentación familiar.

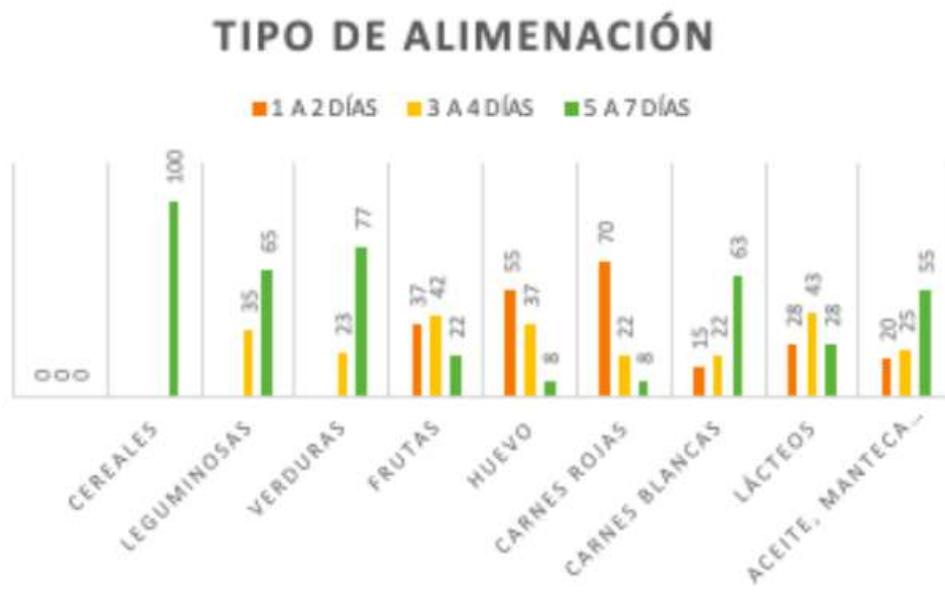
12.1. Consumo de alimentos ultra procesados



Al determinar si los pacientes consumen o no alimentos ultra procesados se tomó como referencia el hecho de que lo consumieran más de 2 dos veces por semana, dentro de esto se observa que más del 50% de los pacientes consumen bebidas azucaradas, galletas o panes a pesar de su diagnóstico de Diabetes

Mellitus.

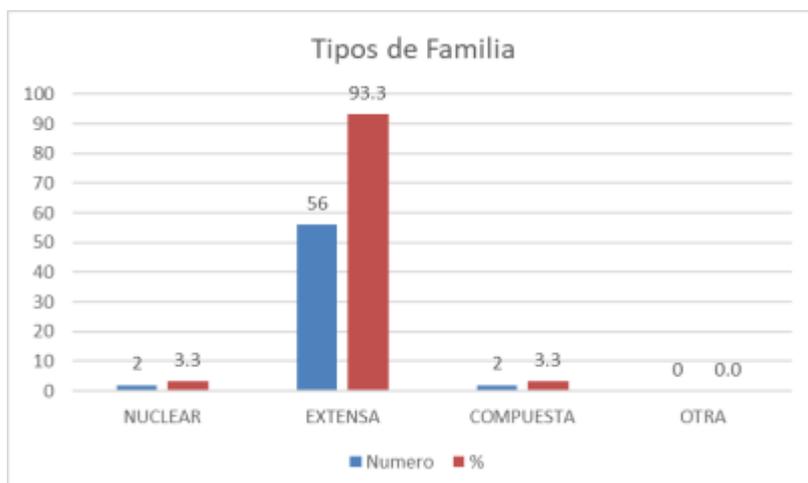
12.2 Frecuencia de alimentos consumidos



La siguiente gráfica resume la alimentación de los pacientes, como dato relevante se observa que el 100% de ellos comen cereales todos los días, 77% consume verduras de 5 a 7 veces por semana y dentro de la proteína más consumida encontramos a las carnes blancas dónde el 63% de ellos la consumen todos los días.

13. Dinámica familiar.

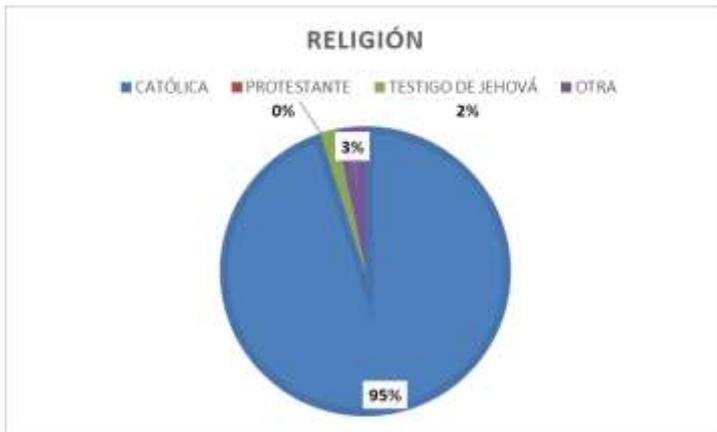
13.1. Tipo de familia.



De acuerdo con lo que muestra la gráfica pudimos encontrar que en un 93% de los entrevistados cuentan con un tipo de familia extensa, ya que de acuerdo con las especificaciones dadas por la población, su familia cuenta por lo menos con 5 o más integrantes familiares. Tan solo el 3.3% cuenta con una

familia compuesta ya que en estos dos casos tenían hijos cuando volvieron a formar una familia y el otro 3.3 % se conforma con un tipo de familia nuclear.

13.2. Religión que profesa.



Encontramos que la población estudiada profesa en un 95% la religión católica, un 3% refirió que profesa otro tipo de religión y sólo un 2% es testigo de Jehová.

13.3. Tipo de violencia familiar.



La siguiente gráfica nos ilustra la situación por la que pasan algunos de nuestros pacientes ya que 15 de ellos refirió algún tipo de violencia dentro de sus hogares, siendo la de mayor prominencia con un 86% la violencia económica y tan solo un 13.3 % refirió abandono, lo que es un aspecto realmente importante ya

que este tipo de dinámicas tiene un efecto completamente negativo, propiciando conductas depresivas.

13.4. Ingreso económico familiar.



El ingreso económico en su totalidad de los encuestados es menor a 5,200 pesos al mes, lo que en muchas de las ocasiones repercute en aspectos importantes en su control médico y su tratamiento.

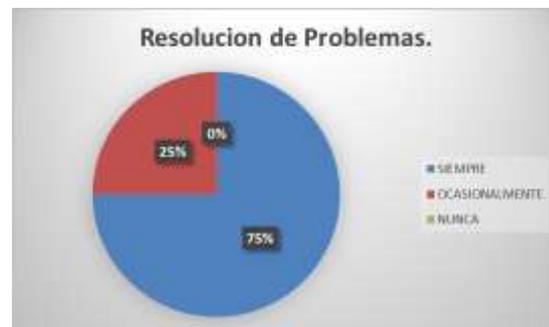
14. Asistencia al centro de salud.

14.1. Frecuencia en la que acuden al centro de salud.



En cuanto a la asistencia al centro de salud la siguiente gráfica demuestra que en un 73% asisten frecuentemente, un 26% acude ocasionalmente, aunque en su mayoría expresó que no suele faltar a las consultas programadas ya que recibe su medicación y de esa forma evitan gastar al comprarlos, así como reciben asistencia médica en caso de tener alguna otra sintomatología.

14.2. Trato recibido en el centro de salud.



En cuanto al trato brindado dentro del centro de salud un 93% considera que ha sido en su mayoría amable, tan solo en un 7 % indiferente. En cuanto a la resolución de problemas un 75% considera que siempre ha tenido una buena resolución y un 25% considera que ocasionalmente ha recibido una buena resolución a sus problemas.

Conclusiones

Tras el análisis de los datos recopilados, se emerge la conclusión de que el 13% de los pacientes adultos mayores afectados por enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes Mellitus tipo 2 pertenecientes a este estudio experimentan una depresión arraigada. Se destaca que un significativo 27% de este grupo exhibe rasgos depresivos, revelando así que casi 4 de cada 10 pacientes pertenecientes al grupo de estudio enfrentan algún grado de trastorno depresivo, ya sea leve, moderado o severo. Se encontró cierta relación con el nivel de apego de estos individuos a sus tratamientos, de acuerdo al riesgo relativo encontrado, los pacientes sin control de su enfermedad crónico-degenerativa tienen 1.53 veces más riesgo de presentar depresión que los pacientes que tienen un buen control de su enfermedad crónica-

degenerativa, sin embargo debido al tamaño de población estudiada no es posible definir una relación significativa, pues se considera que el estudio debería abrirse a mayor población y con un periodo de observación más extenso, sin embargo se deja la incógnita de la posible relación existente entre la gravedad de un trastorno depresivo con la disminución del control de la enfermedad crónica degenerativa correspondiente, resaltando la imperiosa necesidad de abordar de manera integral la salud del paciente.

La población adulta mayor que participo en este estudio se caracterizó por ser predominantemente del sexo femenino, con un rango de edad de entre 50-80 años de edad, con diagnóstico previo de Diabetes Mellitus tipo 2, con termino de grado escolar en primaria, católicos, con un tipo de familia extensa y por ende en un estado de hacinamiento, quienes acuden frecuentemente a consulta medica de forma mensual, el mayor porcentaje con mantenimiento de malos hábitos alimenticios, a pesar de categorizarse como en control de la enfermedad crónica y que para términos de tiempo del estudio, se encuentran con las vacunas correspondientes.

Como se ha visto a lo largo de este estudio, la etiología de la depresión es multifactorial la misma que depende de la presencia de factores de riesgo. Sin embargo es preciso reconocer que no existen estudios numerosos que avalen el grado de influencia que tengan los factores de riesgo para desarrollar depresión. Se reconoce que los factores físicos tienen estrecha relación con la salud mental. Se ha establecido como factores de riesgo para desarrollar depresión en adultos mayores los componentes personales y sociales, familiares y los factores cognitivos. (Molina V, 2021)

- Factores personales-sociales: En esta categoría se establece como factores de riesgo el sexo, estado civil, enfermedades crónicas, rasgos neuróticos, nivel educativo, nivel económico, ocupación. (Molina V, 2021)
- Factores cognitivos: Dentro de estos factores podemos citar los pensamientos y creencias que dificultan afrontar las diferentes situaciones de la vida. (Molina V, 2021) Para términos de este estudio fue valorado por la escala de Yesavage.
- Factores familiares: Podemos citar la dependencia, el aislamiento, ausencia de apoyo. (Molina V, 21)

Los principales determinantes socioculturales valorados y detectados en la población de estudio correspondiente al adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 en este estudio son: El económico (el cual se estableció en un ingreso mensual menor a 5,200 pesos de acuerdo a los resultados), el estado civil (el cual predomino en casado), el grado escolar (en donde hubo un mayor porcentaje de primaria terminada), la dinámica familiar (Que se definió como extensa según los resultados), la religión que se profesa (Católica casi en su totalidad) y si es que ha vivido algún grado de violencia (Punto importante ya que 15 de los 60 entrevistados refirieron alguna vez haber sido víctimas de violencia económica ejercida principalmente por sus familiares directos y 2 personas se definieron en estado de abandono).

Con estos resultados se hace hincapié en la importancia de englobar el contexto social, económico, familiar y cultural de las personas que padecen alguna enfermedad

crónica degenerativa como la Diabetes Mellitus, lo que se resume en la necesidad de atención integral de estos pacientes, como se a destacado a lo largo de este estudio las alteraciones de la salud mental durante el envejecimiento se pueden manifestar como alteraciones en la funcionalidad, la conducta, lo que conlleva al aislamiento social, por lo que es prioritario su reconocimiento oportuno para prevenir la discapacidad que esta genera y lograr conservar la independencia y la capacidad funcional del adulto mayor.

Se comprende que una enfermedad crónica degenerativa propicia mayores concentraciones de cortisol en el cuerpo, reforzando ciertos ejes cerebrales relacionados con la ansiedad y/o depresión. Este trastorno, a su vez, contribuye a una menor adherencia al tratamiento, estableciendo así un ciclo de retroalimentación positiva. Esta constatación subraya la importancia de concienciar tanto a los pacientes como a sus familiares sobre la influencia significativa que la depresión puede ejercer en la salud global de los afectados.

Es crucial destacar que muchas familias y pacientes tienden a normalizar las conductas depresivas, sin recibir un diagnóstico y manejo temprano, por lo tanto se insta a implementar medidas que fomenten la identificación y atención temprana de la depresión, contribuyendo de este modo a una gestión más efectiva de las enfermedades crónicas degenerativas en la población adulta mayor. Este enfoque integral no solo aborda la salud física, sino que también atiende la salud mental, promoviendo así un bienestar completo y sostenible en este segmento de la población.

Recomendaciones:

Se hace hincapié en la importancia de fortalecer la atención primaria en salud, en el ámbito de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades mentales en el adulto mayor, concientizando a los profesionales de salud acerca de la atención integral que requiere este grupo de edad y el reconocimiento oportuno de los síntomas depresivos que estos presentan evitando verlos como propios de la edad. Promover programas que mejoren la comprensión del proceso de envejecimiento, etapa en la que las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2 aparecen. Así como crear redes de apoyo para el adulto mayor que les permitan ser parte activa de la familia y la sociedad.

Bibliografía

1. Wagner, Fernando A., González-Forteza, Catalina, Sánchez-García, Sergio, García-Peña, Carmen, & Gallo, Joseph J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 2012: 35(1), 3-11. Recuperado en 01 de mayo de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002&lng=es&tlng=es.
2. Darihana Rodas Viera, C. V., & Vargas Caycho, M. C. Depresión y adherencia al tratamiento en adultos mayores con enfermedades crónicas. Universidad Ricardo Palma. 2019. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1939>
3. Rivarola Sosa, Addis, Brizuela, Marta, & Rolón-Ruiz Díaz, Angel. Nivel de depresión según la cronicidad de la Diabetes Mellitus tipo 2 y sus comorbilidades en pacientes de las Unidades de Salud, Encarnación, Paraguay 2018. *Revista de salud publica del Paraguay*, 2019: 9(2), 9-15. <https://doi.org/10.18004/rspp.2019.diciembre.9-15>
4. Molina Vargas, L. del R. M. Determinantes socioculturales relacionados con el desarrollo de depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial. Repositorio.uta.edu.ec. 2021. <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/32823>
5. Adorno, Víctor. Depresión y Diabetes. *Revista de salud publica del Paraguay*, 2019: 9(2), 7-8. <https://doi.org/10.18004/rspp.2019.diciembre.7-8>
6. De La Cruz-Mitac, C. Y. C., Quispe-Llanzo, M. P., Oyola-García, A. E., Portugal-Medrano, M. Á., Lizarzaburu-Córdova, E. E., Rodríguez-Chacaltana, F. W., & Mejía-Vargas, E. Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general del Perú. *Rev. Cuerpo Méd. Hosp. Nac. Almanzor Aguinaga Asenjo*, 2015: 205–211. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1052764>
7. Vázquez Machado, Andrés, & Mukamutara, Julienne. Depresión en pacientes con diabetes mellitus y su relación con el control glucémico. *MEDISAN*, 2020: 24(5), 847-860. Epub 05 de octubre de 2020. Recuperado en 01 de mayo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000500847&lng=es&tlng=es.
8. Rivas-Acuña, V., García-Barjau, H., Cruz-León, A., Morales-Ramón, F., Enríquez-Martínez, R. M., & Román-Alvarez, J. Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 2011: 17(1-2),30-35.[fecha de Consulta 1 de Mayo de 2023]. ISSN: 1405-2091. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48721182005>
9. May, K. M., Hernández, M. V., Orama, P. J., Hernández, V. G., & Moreno, M. G. (2019). Depresión y Ansiedad en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital Comunitario de Jonuta, Tabasco “Arsenio Filigrana Zubieta.” *European Scientific Journal ESJ*, 15(6). <https://doi.org/10.19044/esj.2019.v15n6p525>
10. Otte C, Gold E, Penninx B et al (2016) Major depressive disorder. *Nature primers*, 2(1) doi:10.1038/nrdp.2016.65
11. Boing A, Rocha G, Crispina A, et al. Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2012.
12. Schram E, Klein D, Furukawa T, et al. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *The lancet* 2020: 7(9) doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30099-7

13. Volpato E, Toniolo E, Pagnini F, et al. The Relationship Between Anxiety, Depression and Treatment Adherence in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2021; (16) doi.org/10.2147/COPD.S313841
14. Rivarola A, Brizuela M, Rolón A. Nivel de depresión según la cronicidad de la Diabetes Mellitus tipo 2 y sus comorbilidades en pacientes de las Unidades de Salud, Encarnación, Paraguay 2018. *Revista Salud Pública del Paraguay*. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay 2019
15. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) 2014 Washington, DC
16. Moulton CD, Pickup JC, Ismail K. The link between depression and diabetes: the search for shared mechanisms. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3(6):461-71
17. Satyanarayana S, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Prevalence and correlates of chronic depression in the Canadian community health survey: mental health and well-being. *Can J Psychiatry*. 2009; 54: 389-398
18. Weissman MM, Klerman G. The chronic depressive in the community: unrecognized and poorly treated. *Compr Psychiatry*. 1977; 18: 523-532
19. Markowitz JC, Moran ME, Kocsis JH, Frances AJ. Prevalence and comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. *J Affect Disord*. 1992; 24: 63-71
20. Espinoza Diaz CI, Hidalgo Iza SE, Quingaluisa Saéz EA, Velastegui Casco LP, Padilla Fiallos KJ. Diabetes mellitus y deterioro neurocognitivo: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Diabetes Int y Endocrinol [Internet]*. 2019;XI(1):1
21. Gómez-Huelgas R, Gómez-Peralta F, Rodríguez-Mañas L, Formiga F, Puig Domingo M, Mediavilla Bravo J, et al. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]*. 2018;53(2):89–99
22. Calero Morales S, Díaz TK, Caiza Cumbajin MR, Rodríguez Torres FÁ, Analuiza Analuiza EF. Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. *Rev Cuba Investig Biomédicas*. 2016;35(4):366–74
23. Villarroel Vargas JF, Cárdenas Naranjo VH, Miranda Vázquez JM. Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. *Enfermería Investi*. 2017;2(1):14–7



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

**Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad
Xochimilco. Servicios de Salud Pública, Ciudad de
México, Jurisdicción Sanitaria Tláhuac. C.S-TII San
Juan Ixtayopan**

PROYECTO DE INTERVENCIÓN.

MPSS:

- Marla Zared Ríos Callejas
Matricula: 2162043845

Asesor Interno: Mtro. José Luis Pérez Avalos.
Asesor Externo: Lic. Díaz Domínguez Mario Natanael
Periodo: febrero 2023-enero 2024
Licenciatura: Medicina.

ÍNDICE

1. Selección de tema de intervención.....	28
2. Desarrollo del proyecto de intervención de salud	
2.1 Ficha de identificación del proyecto de investigación.....	28
2.2 Población beneficiada	28
2.3 Problemática.....	28
3. Formulación de objetivos	
3.1 Objetivo general.....	29
3.2 Objetivos específicos.....	29
4. Plan de acción	
4.1 Metas.....	30
4.2 Cronograma	31
5. Evaluación	
5.1 Diseño de evaluación.....	31
6. Conclusión y recomendaciones.....	32
7. Bibliografía.....	34
8. Anexos.....	35

1.-Selección del tema de intervención

- Acciones para la atención oportuna de depresión en pacientes adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas.

2.-Desarrollo del proyecto de intervención de salud

2.1.Ficha de identificación del proyecto de investigación.

Jurisdicción Sanitaria	TLAHUAC
Unidad de salud	CST-II SAN JUAN IXTAYOPAN
Domicilio y/o AGEB	Centro de salud TII San Juan Ixtayopan se encuentra en la calle Emiliano Zapata N/A, 13500 Ciudad de México.
Responsable de coordinador del proyecto	Epidemiólogo de la unidad de San Juan Ixtayopan: Dr. Mario Natanael Diaz Dominguez
Título del proyecto	Acciones para la difusión, detección y atención oportuna de depresión en pacientes adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas.
Tema del proyecto	SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
Población a beneficiar	Las personas adultas mayores (55 años en adelante)
Total de población a atender	Con el presente proyecto un total de 6,164 personas correspondientes a la población de 55 años en adelante será beneficiadas.

2.2.Población beneficiada

Adultos mayores que acuden al centro de salud T-II San Juan Ixtayopan, principalmente aquellos con presencia de enfermedades crónico-degenerativas.

2.3.Problemática

Los adultos mayores que viven con enfermedades crónico-degenerativas, en su mayoría, no saben o conocen de forma alguna lo que es la depresión. Por lo tanto, en la mayoría de las ocasiones, cuando presentan datos sugestivos de ella, tienden a pasarlos por alto, lo que se refleja, en la mayoría de los casos, en el descuido de su tratamiento. Es importante comenzar informándoles y, en caso de ser detectados, atenderlos de manera oportuna

Los pacientes adultos mayores son más propensos a sufrir trastornos depresivos debido a diversas causas. Los determinantes sociales y factores condicionantes son diversos y complejos. Entre los principales determinantes, encontramos el aislamiento social, ya que la falta de interacción social, la soledad y la pérdida de amigos o seres queridos, así como la disminución de la participación en actividades sociales, son determinantes significativos. Los problemas de salud física, como enfermedades crónicas degenerativas y otras comorbilidades, influyen en el estado de ánimo de los adultos mayores, contribuyendo a sentimientos de tristeza y desesperanza. La pérdida de roles sociales, la jubilación o la falta de trabajo también afectan la identidad y la autoestima de los adultos mayores, contribuyendo a la depresión.

La existencia de estos trastornos conduce a los pacientes al descuido del tratamiento de diversas patologías, especialmente de las enfermedades crónico-degenerativas. Por otro lado, un mal control de estas enfermedades se asocia a un estado proinflamatorio crónico con un aumento de citocinas inflamatorias que actúan en diversos órganos, incluyendo el cerebral. Esto afecta principalmente estructuras como la corteza prefrontal y el sistema límbico-cortical, generando alteraciones en la plasticidad cerebral y dando como resultado trastornos ansiosos-depresivos. Esto se convierte en una retroalimentación positiva, por lo que es crucial abordar el problema enfocándonos en factores protectores como el ejercicio, una dieta adecuada, brindándoles herramientas psicológicas que les permitan mejorar la autoestima y la tolerancia a la frustración, e integrándolos a un grupo de apoyo. Todo esto con el fin de lograr un mayor bienestar a nivel físico y psicológico.

3.- Formulación de objetivos

3.1 Objetivo General:

1. Reclutar a los pacientes con presencia de trastornos depresivos para brindarles un manejo oportuno.

3.2 Objetivos Específicos:

1. Brindar herramientas psicológicas y promover los factores protectores para lograr disminuir la depresión en adultos mayores y mejorar las comorbilidades
2. Concientizar a las familias y pacientes acerca de la depresión y la importancia de esta.
3. Promover los servicios que se ofrecen en el centro de salud para brindarles una atención integral a los pacientes
4. Referir a los pacientes que necesiten una atención psicológica individualizada

4.- Plan de acción:

OBJETIVO ESPECIFICO	META	ACTIVIDAD	RESPONSABLE DE REALIZAR LA ACTIVIDAD
Realizar platicas informativas a los adultos mayores acerca de la depresión, su detección y manejo.	Informar a la mayor cantidad de pacientes adultos mayores sobre la detección, prevención y manejo de la depresión.	Impartir 3 intervenciones psicológicas en nuestros grupos de adulto mayor crónico, con ayuda de Profesional de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • MPSS: Marla Ríos Callejas • Psic: Maribel Servin
Mantener el seguimiento de la enfermedad crónica.	Haber realizado Hemoglobina glucosilada en pacientes diabéticos y llevar control arterial (mediante bitácora tensional) en pacientes hipertensos pertenecientes a nuestro grupo de investigación.	Ofrecer y realizar servicios como: -Toma de hemoglobina glucosilada. -Toma de electrocardiograma. -Toma de glucosa capilar. -Revisión de bitácora tensional.	<ul style="list-style-type: none"> • MPSS: Marla Ríos Callejas.
Referir a los pacientes a la unidad correspondiente para el seguimiento por parte de psicología en caso de ser necesario.	Detectar y derivar a los pacientes que requieran atención especializada.	Realizar la referencia de estos pacientes en consulta médica.	<ul style="list-style-type: none"> • MPSS: Marla Ríos Callejas.

4.1 Metas

Nuestra meta principal es informar de manera eficiente a la totalidad de los pacientes adulto mayor con enfermedades crónicas que forman parte de nuestro grupo de seguimiento acerca de la depresión, detección y manejo, realizar una intervención psicológica dónde se les den herramientas y técnicas para poder sobrellevar estos trastornos ansioso-depresivos y si es necesario darles las facilidades para ser referidos al servicio correspondiente en el periodo de Noviembre-Enero 2024.

4.2 Cronograma

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	TIEMPO DE REALIZACION
Identificar la prevalencia de depresión en los pacientes adultos mayores, diabéticos del centro de salud T-II San Juan Ixtayopan.	Identificar si es que existe algún grado de depresión en los adultos mayores diabéticos, mediante la aplicación de escala de Yesavage	Aplicar 100 escalas de Yesavage a todo adulto mayor que acuda al centro de salud T-II San Juan Ixtayopan.	<ul style="list-style-type: none"> Primer trimestre (Marzo, Abril, Mayo)
Aplicar cedulas diagnosticas para la identificación de determinantes socioculturales en el adulto mayor diabético.	Correlacionar el contexto sociocultural de los pacientes diabéticos con su grado de depresión.	Aplicar las cedulas diagnosticas los pacientes adulto mayores diabéticos identificados con algún grado de depresión	<ul style="list-style-type: none"> Primer trimestre (Marzo, Abril y Mayo) Segundo trimestre (Junio, Julio, Agosto)
Realizar platicas informativas a los adultos mayores acerca de la depresión, su detección y manejo.	Informar a la mayor cantidad de pacientes adultos mayores sobre la detección, prevención y manejo de la depresión.	Impartir 3 intervenciones psicológicas en nuestros grupos de adulto mayor crónico, con ayuda de Profesional de la salud	<ul style="list-style-type: none"> Tercer trimestre (Septiembre, Octubre, Noviembre)
Mantener el seguimiento de la enfermedad crónica.	Haber realizado Hemoglobina glucosilada en pacientes diabéticos y llevar control mediante la toma de glucosa capilar previo a consulta pertenecientes a nuestro grupo de investigación.	Ofrecer y realizar servicios como: -Toma de hemoglobina glucosilada. -Toma de electrocardiograma. -Toma de glucosa capilar. -Revisión de bitácora tensional.	<ul style="list-style-type: none"> Cuarto trimestre (Noviembre, Diciembre, Enero)
Referir a los pacientes a la unidad correspondiente para el seguimiento por parte de psicología en caso de ser necesario.	Detectar y derivar a los pacientes que requieran atención especializada.	Realizar la referencia de estos pacientes en consulta médica.	<ul style="list-style-type: none"> Primer Trimestre-Cuarto trimestre.

5.- Evaluación:

5.1 Diseño de Evaluación

Los resultados obtenidos en este estudio establecen un precedente significativo respecto a la importancia de brindar educación al paciente adulto mayor que padece enfermedades crónicas degenerativas, como la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial sistémica, acerca de la posible presencia de la depresión. Este aspecto se revela como una parte fundamental de la atención integral del paciente. Aunque se asume comúnmente que abordar este tema es crucial en la consulta médica, no siempre se le concede la debida relevancia. En muchos casos, la atención médica del adulto mayor crónico se enfoca predominantemente en la gestión de la enfermedad principal, minimizando la importancia de aspectos como los revelados en este trabajo, donde se evidenció la conexión entre la presencia de depresión y el descuido de la enfermedad crónica degenerativa.

Subrayar la importancia de la detección temprana, atención y manejo de la depresión en el adulto mayor crónico emerge como una herramienta esencial de prevención. Es crucial considerar que la mayoría de los pacientes crónicos adultos mayores carecen de información al respecto. Por lo tanto, los resultados de este estudio podrían marcar el inicio de una mayor vigilancia en aquellos adultos mayores crónicos que presentan descontrol en el manejo de su enfermedad crónica. Este enfoque abre nuevas

perspectivas para los profesionales médicos, permitiéndoles reconocer otros posibles factores influyentes en el desarrollo y control de la enfermedad crónica. Así, se promueve la necesidad de otorgar la debida importancia a la evaluación integral de los pacientes, teniendo en cuenta la salud mental, una dimensión que a menudo se subestima.

6.-Conclusión y recomendaciones:

El presente proyecto de intervención nos ha proporcionado una visión significativa sobre la relación existente entre enfermedades crónicas degenerativas como la Diabetes Mellitus tipo 2, la Hipertensión Arterial Sistémica y la Depresión. Actualmente la incidencia de esta última ha experimentado un aumento en la población, especialmente en un grupo vulnerable, el cual, según las estadísticas, tiende a ser descuidado o abandonado por sus familias. Se ha observado cómo esta relación afecta de manera negativa el seguimiento y manejo de estas enfermedades en adultos mayores.

En la población estudiada, aproximadamente el 13% de los adultos crónicos presentan un estado de depresión establecida, mientras que el 27% muestra rasgos depresivos. Esto sugiere que 4 de cada 10 pacientes experimentan algún trastorno depresivo en distintos niveles, lo cual se cree se relaciona directamente con el control y apego al tratamiento de sus enfermedades crónicas. Alarmantemente, dentro del grupo de estudio, el 65% de los pacientes con datos de depresión se encuentran en estado de descontrol en sus enfermedades crónicas degenerativas.

Se ha identificado que la población de adultos mayores con enfermedades crónicas posee un alto grado de desinformación acerca de la depresión. En muchos casos, esto conduce a subestimar la importancia de esta enfermedad, lo que afecta negativamente el control de sus condiciones de salud. Según la evaluación de Yesavage, el 62% de los entrevistados sienten haber renunciado a muchas de sus actividades habituales y aficiones debido a su enfermedad, lo que influye en su disposición para mantener un seguimiento adecuado. Además varios participantes expresaron sentirse en una situación complicada debido a la falta de apoyo familiar, experimentando constante soledad y abandono.

Ante este panorama, nuestra meta principal fue proporcionar información de manera eficiente y realizar intervenciones psicológicas que dotaran a los pacientes de herramientas y técnicas para sobrellevar trastornos ansioso-depresivos. A pesar de las limitaciones, como la falta de apoyo oportuno del servicio de psicología de la Jurisdicción Sanitaria de Tláhuac, logramos contactar y recibir el respaldo de la psicóloga clínica Maribel Servín, quien realizó tres intervenciones psicológicas exitosas. Los pacientes manifestaron haberse sentido escuchados, acompañados y beneficiados por las herramientas proporcionadas.

Paralelamente, continuamos con la detección y seguimiento de los pacientes crónicos, realizando pruebas como la Hemoglobina Glucosilada y electrocardiogramas, así como monitoreando la presión arterial en conjunto con el seguimiento mensual de sus tarjetas de crónicos.

Lamentablemente, no fue posible referir a los pacientes con datos francos de depresión al servicio correspondiente debido a la falta de espacio y a cambios en las actividades de las médicas pasantes. A pesar de estas dificultades, cumplimos con la meta principal del proyecto: Brindar información sobre la depresión y ofrecer una intervención psicológica que permita entender la importancia de esta enfermedad y proporcionar técnicas para su manejo.

Se recomienda encarecidamente a los profesionales de la salud dar la importancia necesaria a la esfera psicológica del paciente. Aunque no cure por sí misma una enfermedad crónica, la integración de la atención psicológica a las acciones médicas y personales puede facilitar el enfrentamiento de la enfermedad. Esto puede mejorar el desempeño social y laboral de los pacientes, reducir costos para los servicios de salud y destacar la complejidad del proceso que sigue a una enfermedad crónica. Además, se subraya la importancia de la inserción de la psicología en equipos interdisciplinarios en instituciones públicas para brindar una atención integral y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. El presente proyecto de intervención nos ha proporcionado una visión significativa sobre la relación existente entre enfermedades crónicas degenerativas como la Diabetes Mellitus tipo 2, la Hipertensión Arterial Sistémica y la Depresión. Actualmente, la incidencia de esta última ha experimentado un aumento en la población, especialmente en un grupo vulnerable como es el adulto mayor, el cual, según las estadísticas, tiende a ser descuidado o abandonado por sus familias. Se ha observado cómo esta relación afecta de manera negativa el seguimiento y manejo de estas enfermedades en adultos mayores.

7.- Bibliografía:

1. Wagner, Fernando A., González-Forteza, Catalina, Sánchez-García, Sergio, García-Peña, Carmen, & Gallo, Joseph J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 2012: 35(1), 3-11. Recuperado en 01 de mayo de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002&lng=es&tlng=es.
2. Darihana Rodas Viera, C. V., & Vargas Caycho, M. C. Depresión y adherencia al tratamiento en adultos mayores con enfermedades crónicas. Universidad Ricardo Palma. 2019. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1939>
3. Espinoza Diaz CI, Hidalgo Iza SE, Quingaluisa Saéz EA, Velastegui Casco LP, Padilla Fiallos KJ. Diabetes mellitus y deterioro neurocognitivo: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Biabetes Int y Endocrinol [Internet]*. 2019;XI(1):1
4. Calero Morales S, Díaz TK, Caiza Cumbajin MR, Rodríguez Torres FÁ, Analuiza Analuiza EF. Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. *Rev Cuba Investig Biomédicas*. 2016;35(4):366–74
5. Satyanarayana S, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Prevalence and correlates of chronic depression in the Canadian community health survey: mental health and well-being. *Can J Psychiatry*. 2009; 54: 389-398
6. Markowitz JC, Moran ME, Kocsis JH, Frances AJ. Prevalence and comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. *J Affect Disord*. 1992; 24: 63-71
7. Espinoza Diaz CI, Hidalgo Iza SE, Quingaluisa Saéz EA, Velastegui Casco LP, Padilla Fiallos KJ. Diabetes mellitus y deterioro neurocognitivo: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Biabetes Int y Endocrinol [Internet]*. 2019;XI(1):1
8. Schram E, Klein D, Furukawa T, et al. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *The lancet* 2020: 7(9) doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30099-7
9. May, K. M., Hernández, M. V., Orama, P. J., Hernández, V. G., & Moreno, M. G. (2019). Depresión y Ansiedad en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital Comunitario de Jonuta, Tabasco “Arsenio Filigrana Zubieta.” *European Scientific Journal ESJ*, 15(6). <https://doi.org/10.19044/esj.2019.v15n6p525>
10. Vázquez Machado, Andrés, & Mukamutara, Julienne. Depresión en pacientes con diabetes mellitus y su relación con el control glucémico. *MEDISAN*, 2020: 24(5), 847-860. Epub 05 de octubre de 2020. Recuperado en 01 de mayo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000500847&lng=es&tlng=es.

8.- Anexos:

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
JURISDICCION SANITARIA TLAHUAC



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



CENTRO DE SALUD T-II SAN JUAN IXTAYOPAN ESCALA DE YESAVAGE

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Le pedimos de favor, nos ayude a contestar estas preguntas relacionadas con el tema que le ha mencionado.

1. ¿En general está satisfecho con su vida?

- a. Si=0
- b. No=1

2. ¿Ha renunciado a mucha de sus tareas habituales y aficiones?

- a. Si=1
- b. No=0

3. ¿Siente que su vida está vacía?

- a. Si=1
- b. No=0

4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?

- a. Si=1
- b. No=0

5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?

- a. Si=0
- b. No=1

6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?

- a. Si=1
- b. No=0

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

- a. Si=0
- b. No=1

8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?

- a. Si=1
- b. No=0

CIUDAD INNOVADORA
Y DE DERECHOS



9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?
- a. Si=1
 - b. No=0
10. ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?
- a. Si=1
 - b. No=0
11. ¿En este momento piensa que es estupendo estar vivo?
- a. Si=0
 - b. No=1
12. ¿Actualmente se siente útil?
- a. Si=0
 - b. No=1
13. ¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?
- a. Si=1
 - b. No=0
14. ¿Se siente lleno/a de energía?
- a. Si=0
 - b. No=1
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?
- a. Si=1
 - b. No=0

TOTAL: _____

*Estatificación:

NORMAL= 0-5

PROBABLE DEPRESIÓN=6-9

DEPRESION ESTABLECIDA= >9





