



**UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
METROPOLITANA**  
Unidad Xochimilco

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA,  
UNIDAD XOCHIMILCO**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS  
MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICO  
DEGENERATIVAS DEL CENTRO DE SALUD T-II SAN  
JUAN IXTAYOPAN.**

**MÉDICO PASANTE: DANIELA GISELLE DAVID  
CAMACHO**

**PERIODO: FEBRERO 2023-ENERO 2024**

## 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.....	6
4.2.-Servicios.....	7
4.3.-Organigrama.....	7
4.4.-Misión y visión de la unidad de salud.....	8
5.-Metodología utilizada	
5.1.-Tipo de estudio.....	8
5.2.-Recolección de datos.....	8
5.3.-Límites de tiempo y espacio.....	9
6.- Información sociodemográfica del área de estudio	
6.1 Ubicación y mapa del área de estudio.....	9
6.2 Datos geográficos de la Delegación. (Topografía; Hidrografía; Clima; Superficie Territorial y Altura).....	10
7.- Resultados Depresión	
7.1. Resultado escala de Yesavage.....	10
7.2 Porcentaje de hombres y mujeres con depresión.....	11
7.3 Porcentaje de paciente controlado y no controlado.....	11
7.4 Relación entre depresión y enfermedad crónico degenerativa .....	11
8. Datos demográficos, acceso a la salud, vacunación y salud bucal	
8.1 Número de habitantes, por edad, identidad de género.....	12
8.2. Escolaridad de la población estudiada.....	13
8.3. Estado Civil de la población.....	13
9. Vacunación	
9.1Vacunación en el grupo de 60 y más años.....	14
10. Salud Bucal.....	14
11. Características de la vivienda	
11.1. Personas que habitan la vivienda.....	14
11.2. Índice de hacinamiento.....	15
11.3. Tenencia de la vivienda.....	15

12. Alimentación familiar.	
12.1. Frecuencia de alimentos ultra procesados consumidos a la semana..	16
12.2. Frecuencia de alimentos consumidos a la semana.....	16
13. Dinámica familiar.	
13.1. Tipo de familia.....	17
13.2. Religión que profesa.....	18
13.3. Tipo de violencia familiar.....	18
13.4. Ingreso económico familiar.....	18
14. Asistencia al centro de salud.	
14.1. Frecuencia en la que acuden al centro de salud.....	19
14.2. Trato recibido en el centro de salud.....	19
15. Conclusiones y recomendaciones.....	20
16. Bibliografía.....	21

## 1.- Introducción

La depresión se define como un conjunto de síntomas que se manifiestan a través de la pérdida de interés y la incapacidad para encontrar satisfacción en las actividades y experiencias cotidianas. En la actualidad, es una de las enfermedades más comunes en todo el mundo, afectando a más de 300 millones de personas. De manera similar, la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial son las enfermedades crónicas degenerativas más prevalentes a nivel mundial, con una estimación de 422 millones de personas afectadas. (Schram, 2020)

Se ha demostrado que existe un aumento en la prevalencia de manifestaciones psiquiátricas en pacientes con las enfermedades mencionadas anteriormente, siendo la depresión el trastorno mental más frecuente en personas con diabetes. Se estima que 1 de cada 3 pacientes con diabetes experimenta depresión, con un riesgo de desarrollar un trastorno depresivo 2 veces mayor que en la población general. (Schram, 2020)

De acuerdo a 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, 2021)

## **2. Objetivo General y Específicos**

2. Identificar la prevalencia de depresión en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica que acuden al centro de salud T-II San Juan Ixtayopan

2.1 Mostrar la relación que presenta la depresión con las enfermedades crónico-degenerativas

## **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 pérdida 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 y el peso, en el sueño y la actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para pensar y tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. (Boing A, 2012)

En todo el mundo la depresión es altamente prevalente y esta ha incrementando 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)

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, entre ellos podemos ver 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)

En cuanto a la psicoterapia, esta se basa en mejorar las relaciones interpersonales problemáticas o las circunstancias que están directamente relacionadas con el episodio actual. Su principal fin es el de lograr la remisión de los síntomas y la funcionalidad del paciente, es importante que este debe estar motivado e interesado en recibir el tratamiento. Existen varios tipos de acuerdo al padecimiento a tratar, también cada tipo de psicoterapia tiene distintos formatos, para adaptarse a cada paciente, de acuerdo a su sintomatología y patología. La psicoterapia puede utilizarse como monoterapia o junto con la farmacoterapia, según el paciente y la severidad de la enfermedad. (Otte C, 2016)

Por otro lado, las enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus e hipertensión arterial 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 )

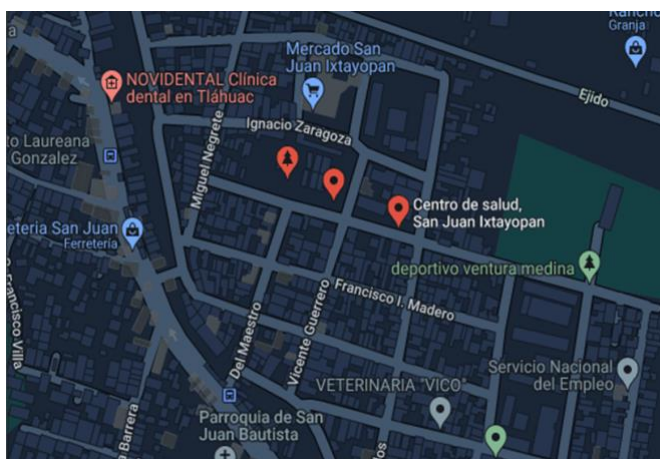
Cómo ya se mencionó el trastorno depresivo mayor genera pérdida de interés, disminución en la capacidad de concentración o dificultad para la toma de decisiones, siendo esto un factor importante que conlleva a un mal apego al tratamiento farmacológico, cambios en los hábitos alimenticios, o poco interés o falta de consciencia en cuanto a enfermedad crónico degenerativa. (Volpato B, 2021) Por lo tanto, el trastorno depresivo mayor y las enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial están estrechamente relacionadas, teniendo afectación directa una sobre la otra.

## 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.

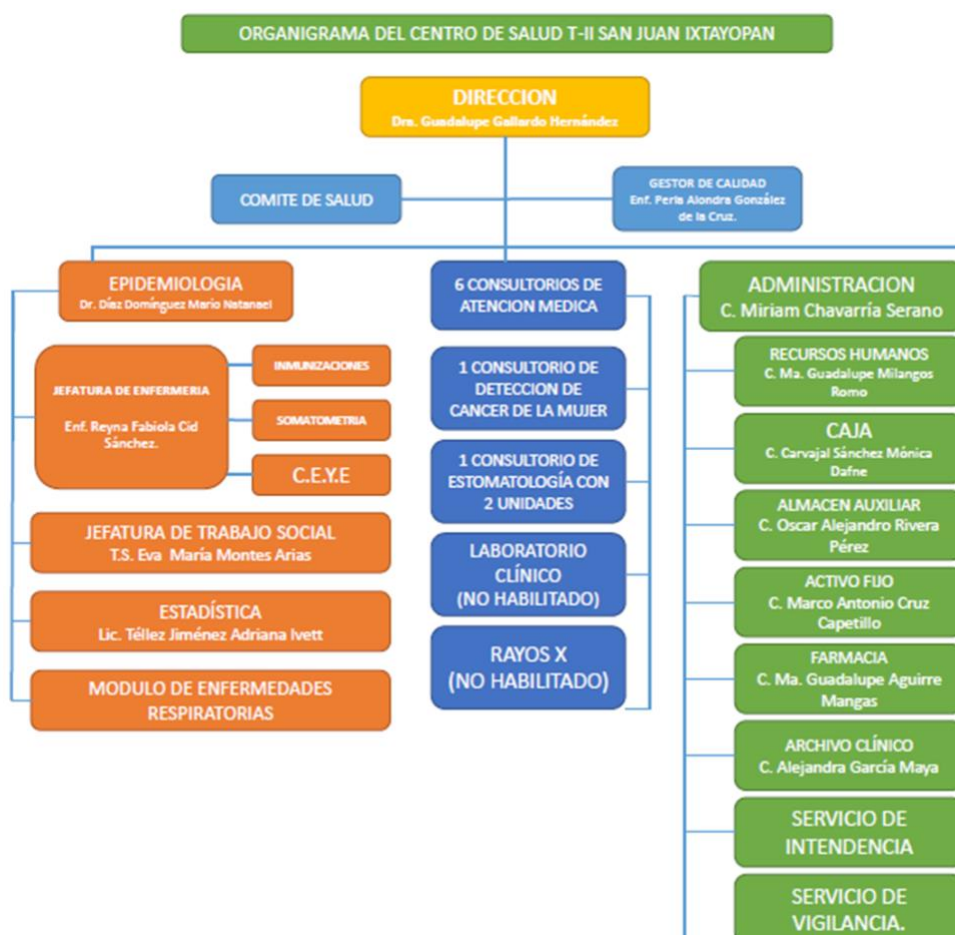
Teléfono: 5558484295 Correo electrónico: [peticionesciudadanas@salud.gob.mx](mailto:peticionesciudadanas@salud.gob.mx)



## 4.2 Servicios

NOMBRE DEL SERVICIO	PERSONAL RESPONSABLE	HORARIO DE ATENCION
1.-Consultorios de atención médica	Personal Medico	Matutino: 8:00 a 3:30 Vespertino: 4:00 a 8:00
2.-Epidemiología	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.-Planificación familiar	T.S. Eva María 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 y observacional. Se identificarán a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, que en este caso son adultos mayores con diabetes e hipertensión, a quienes se les aplicará la escala Yesavage. Posteriormente, se recopilará la información obtenida, y se determinará el riesgo relativo para evaluar la asociación entre la depresión y las enfermedades crónicas degenerativas.

#### 5.2 Recolección de datos

Para la selección de la muestra se seleccionan de forma aleatoria mínimo 60 pacientes crónico degenerativos 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 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 para sus enfermedades crónico degenerativas

#### 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

<b>Asesor</b>	Capacitación, asesoría y revisión
<b>Pasantes de Medicina</b>	Aplicación escala de Yesavage, recopilación de información, análisis, entrega de conclusiones e informe
<b>Pasantes de Enfermería</b>	Aplicación de escala de Yesavage

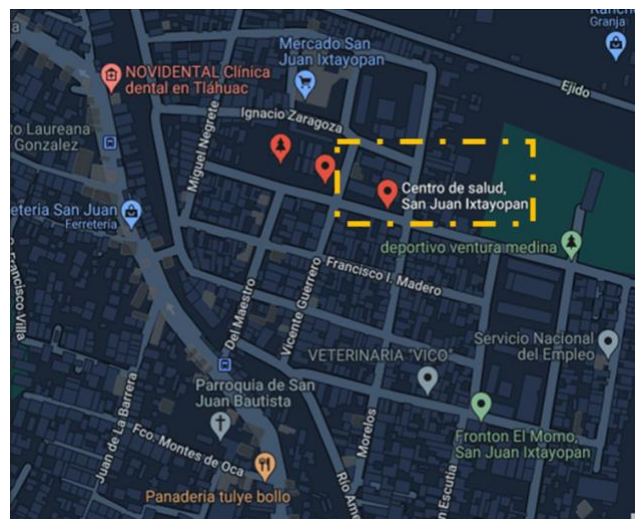
### 5.4.2 Recursos materiales

- 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 km<sup>2</sup> 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 con la escala de Yesavage aplicada, se observa que el 27% de los pacientes presentan probable depresión y el 13% muestra una depresión ya establecida, lo que significa que el 40% de nuestros pacientes exhiben rasgos depresivos (*Gráfica 1*).

### 7.2 Porcentaje de hombres y mujeres con depresión

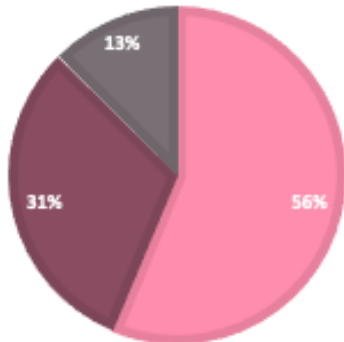
En las siguientes gráficas se realiza una comparativa del porcentaje de pacientes hombres y mujeres con depresión, donde se observa un incremento marcado en rasgos depresivos en las mujeres,

Gráfica 1

teniendo un aumento del 9% (Gráfica 2 y 3)

### PORCENTAJE DE MUJERES CON DEPRESIÓN

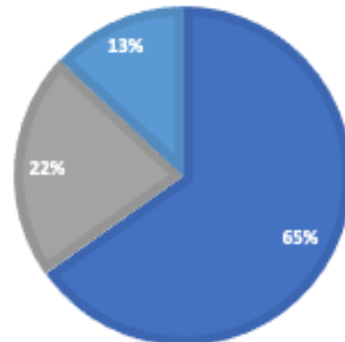
■ Normal ■ Probable Depresión ■ Depresión establecida



Gráfica 2

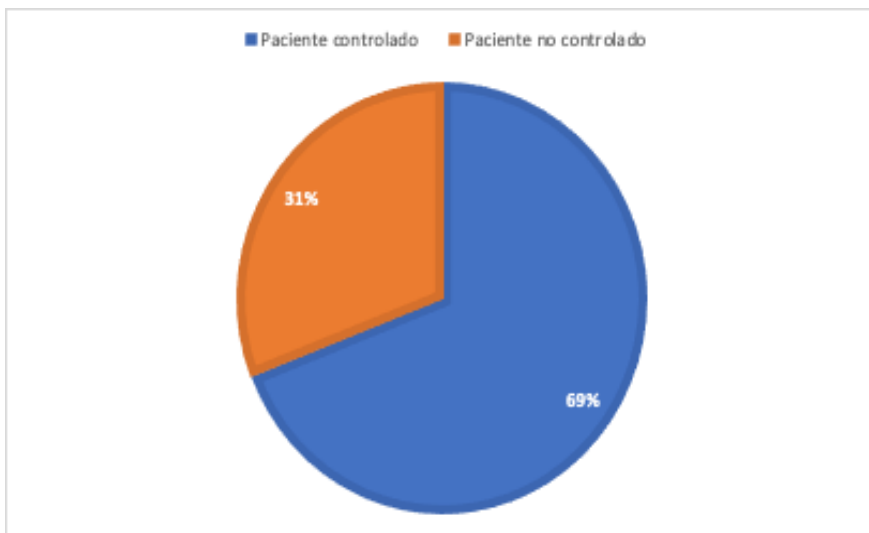
### PORCENTAJE DE HOMBRES CON DEPRESIÓN

■ Normal ■ Probable Depresión ■ Depresión establecida



Gráfica 3

### 7.3 Porcentaje de pacientes controlados y no controlados



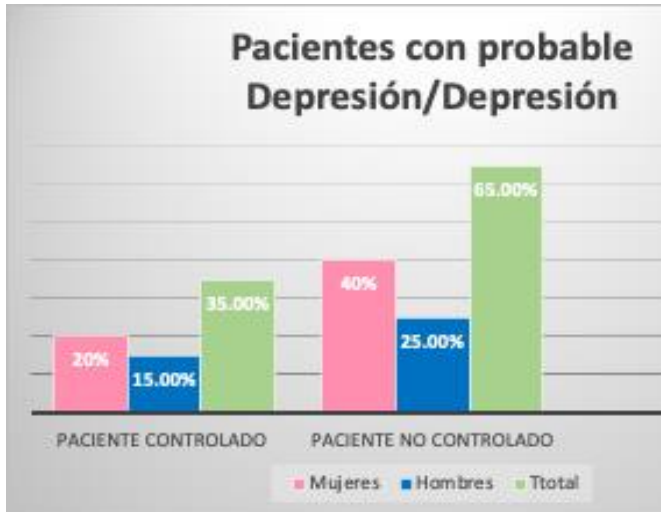
Gráfica 4

La muestra de pacientes se dividió en dos grupos: pacientes controlados y pacientes no controlados. En el caso de los pacientes diabéticos, se consideró que debían tener un último valor de hemoglobina glucosilada menor al 7%, mientras que en los pacientes con hipertensión arterial sistémica, se requería que sus cifras de presión arterial sistémica estuvieran dentro de los

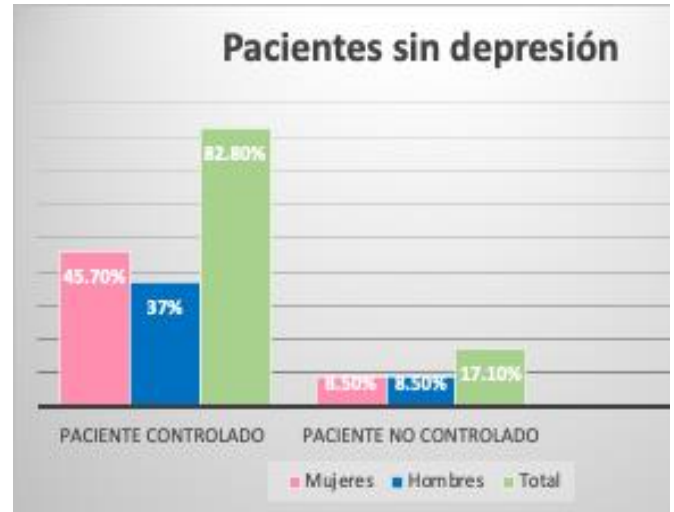
rangos normales. Aquellos que cumplieran con estos criterios fueron clasificados como "pacientes controlados", mientras que aquellos que no cumplieran fueron ubicados en el grupo de "pacientes no controlados". (Gráfica 4)

### 7.4 Relación entre depresión y enfermedad crónico degenerativa

De acuerdo a 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 (Gráfica 5 y 6)



Gráfica 6



Gráfica 5

Se determina el riesgo relativo para observar la fuerza de asociación de las variables

	Rasgos depresivos/Depresión	Sin depresión	Total
mal control de enfermedad crónico-degenerativa	18 (a)	6 (b)	24
Buen control de enfermedad crónico-degenerativa	6 (c)	30 (d)	36
<b>Total</b>	24	36	60

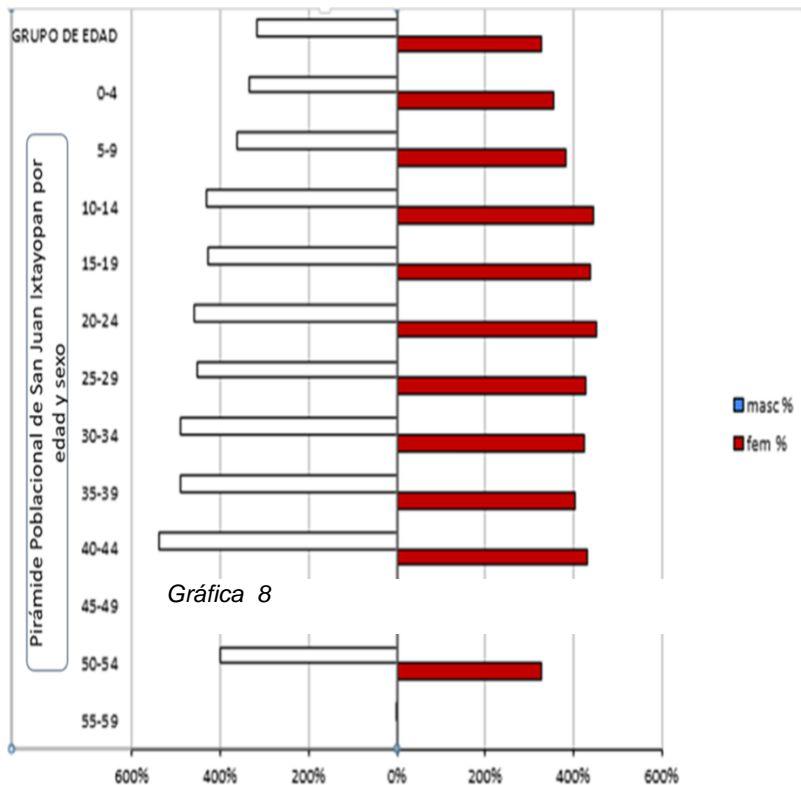
$$RR = \frac{a / (a+b)}{c / (c+d)} \quad RR = \frac{18/(6+18)}{6/(30+6)} = 4.68$$

De acuerdo con este resultado, hemos identificado un riesgo relativo significativo de 4.68. Este hallazgo sugiere que los pacientes que experimentan un mal control de sus enfermedades crónico-degenerativas enfrentan un riesgo aproximadamente 4.68 veces mayor de manifestar rasgos depresivos en comparación con aquellos que logran mantener un buen control de sus condiciones de salud.

## 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

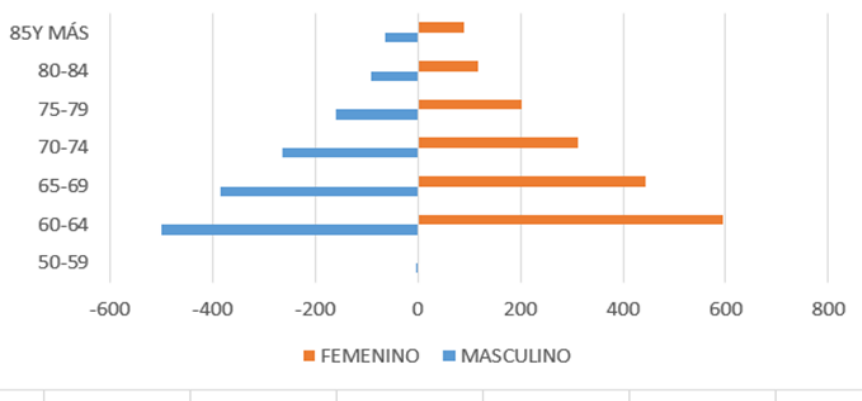


Gráfica 7

cuenta con una población total de 21,532 derechohabientes, de los cuáles 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 de edad, mayormente predominante el sexo femenino. De acuerdo con los resultados obtenidos en nuestras encuestas, encontramos que en

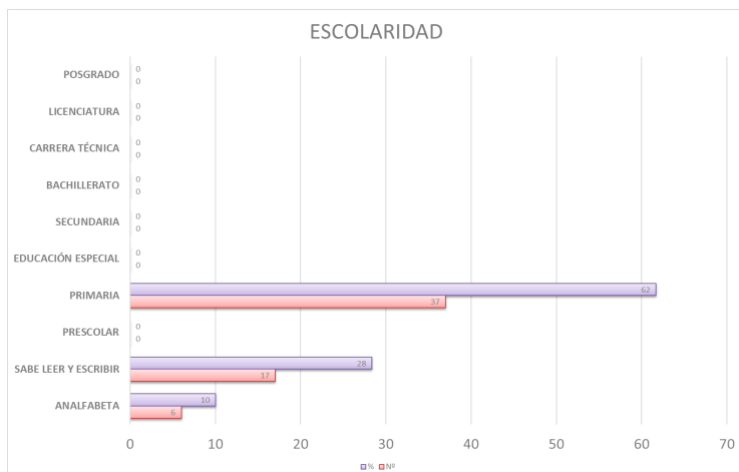
semejanza con nuestro rango de edad base y al sexo, contamos con mayor población femenina. (Gráfica 7 y 8)

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



Gráfica 8

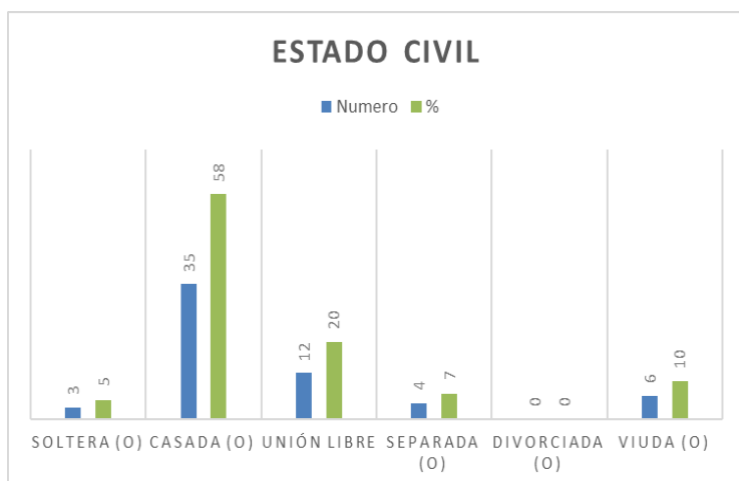
## 8.2. Escolaridad de la población estudiada



Gráfica 9

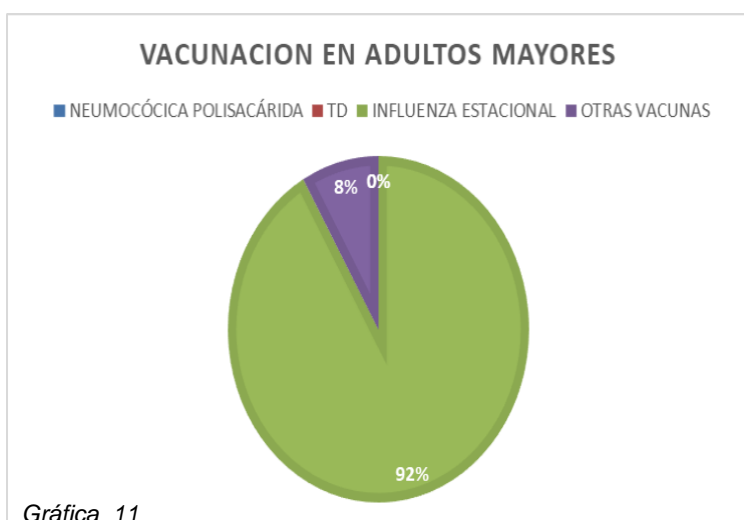
Según los resultados de la encuesta realizada, se observó que el 62% de la población estudiada completó la primaria, el 28% tiene la capacidad de leer y escribir, y solo el 10% es analfabeta (Gráfica 9).

## 8.3. Estado Civil de la población.



Gráfica 10

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



Gráfica 11

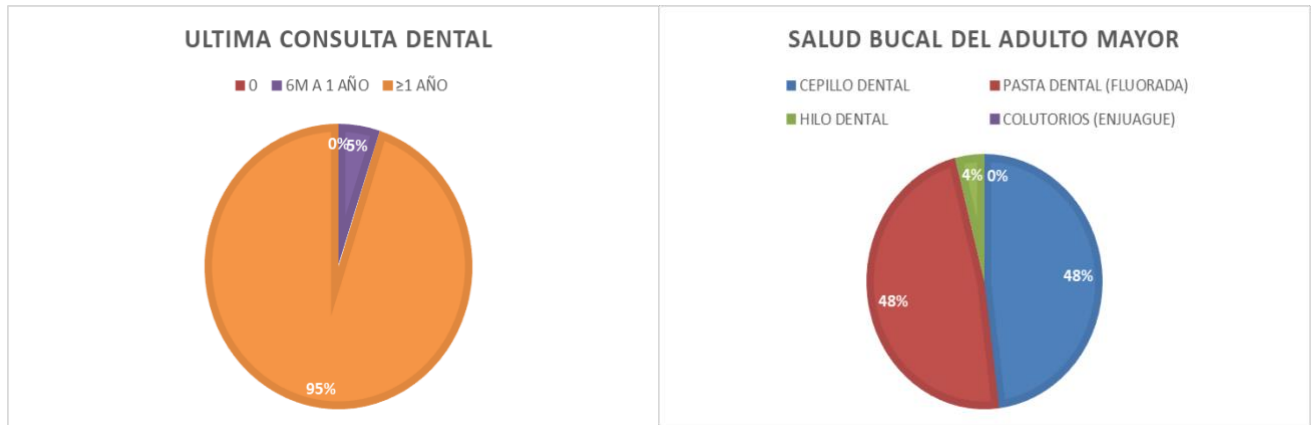
## 9. Vacunación.

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

Según la encuesta, se descubrió que el 92% de la población adulta mayor se había vacunado contra la influenza en ese momento, mientras que solo el 8% había recibido la vacuna neumocócica. Es importante

señalar que, al momento de la encuesta, la campaña de vacunación aún no había comenzado. (Gráfica 11)

## 10. Salud Bucal.



Gráfica 13

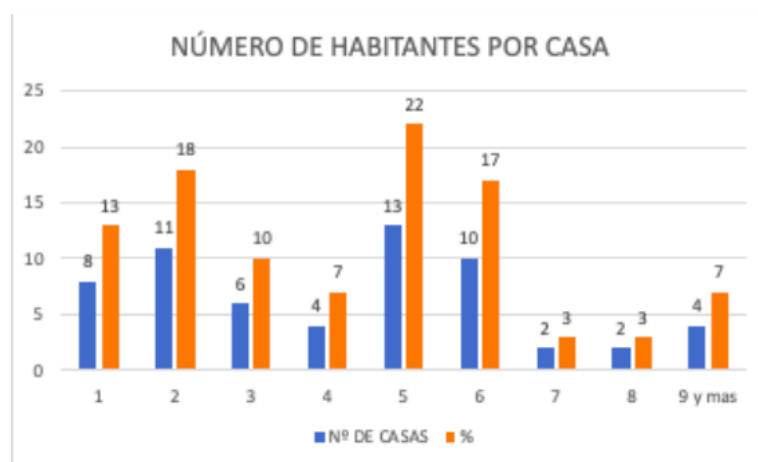
Gráfica 12

Según la evaluación de la salud bucal de nuestra población, en general mantienen buenos hábitos de higiene bucal, ya que todos realizan el aseo bucal al menos dos veces al día, empleando en su mayoría productos de limpieza. No obstante, en cuanto a la asistencia a servicios de salud bucal, el 95% de la población ha visitado al dentista hace un año o más (Gráficas 12 y 13).

## 11. Características de la vivienda.

### 11.1. Personas que habitan la vivienda

De acuerdo a 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. (Gráfica 14)



Gráfica 14

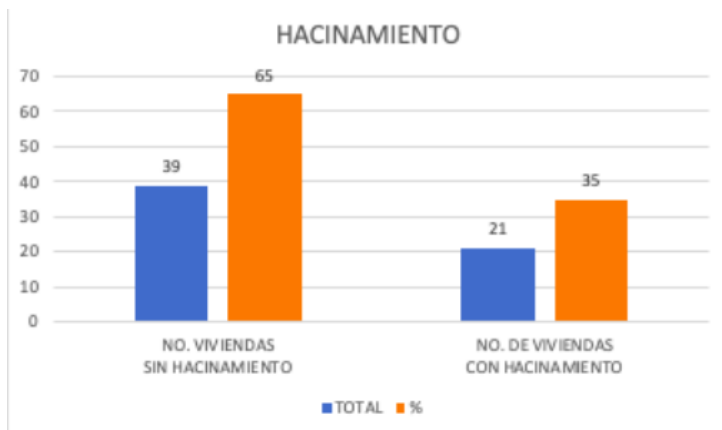


## 11.2 Índice de Hacinamiento

**Diagrama del Índice de hacinamiento por vivienda**

Habitaciones (Dormitorios)	NO. DE HABITANTES POR VIVIENDA																		
	1	Viv.	2	Viv.	3	Viv.	4	Viv.	5	Viv.	6	Viv.	7	Viv.	8	Viv.	>9	Viv.	
1	1.00	6	2.00	7	3.00	3	4.00	1	5.00	2	6.00	1	7.00	1	8.00	1	9.00		
2	0.50	2	1.00	4	1.50	3	2.00	3	2.50	5	3.00	6	3.50	1	4.00		4.50		
3	0.33		0.67	2	1.00	1	1.33	3	1.67	3	2.00	2	2.33	1	2.67	2	3.00		
4	0.25		0.50		0.75		1.00		1.25		1.50	2	1.75	1	2.00		2.25		
5	0.20		0.40		0.60		0.80		1.00		1.20		1.40		1.60		1.80		
6	0.17		0.33		0.50		0.67		0.83		1.00		1.17		1.33		1.50		
7	0.14		0.29		0.43		0.57		0.71		0.86		1.00		1.14		1.29		
8	0.13		0.25		0.38		0.50		0.63		0.75		0.88		1.00		1.13		
9 y mas	0.11		0.22		0.33		0.44		0.56		0.67		0.78		0.89		1.00		
<b>Total</b>		8		13		7		7		10		10		3		2		0	

Gráfica 15

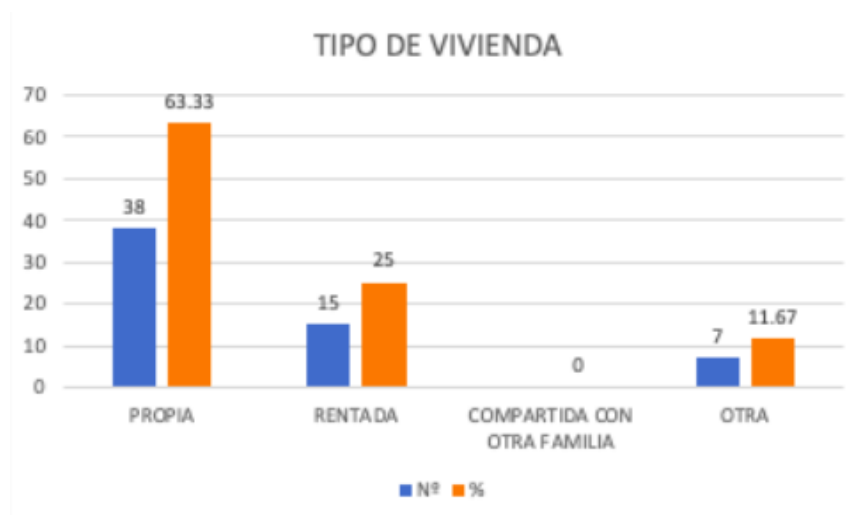


Gráfica 16

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 a las gráficas una tercera parte de los pacientes se encuentra en hacinamiento, siendo un porcentaje bastante elevado. (gráfica 15 y 16)

## 11.4 Tipo de tenencia de la vivienda

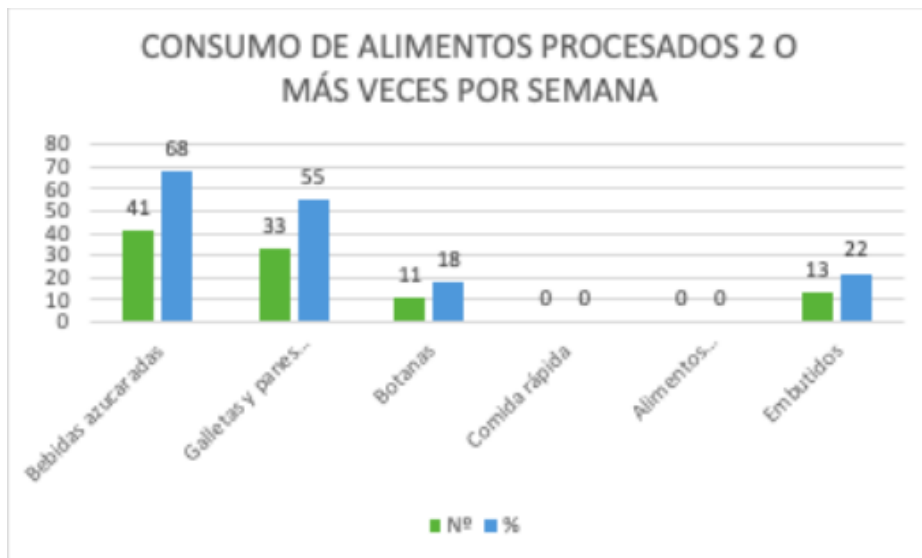
Un poco más del 50% de los pacientes cuentan con casa propia, el 25% cuenta con casa rentada y el resto se encuentra en otras condiciones como “prestada”. (Gráfica 17)



Gráfica 17

## 12. Alimentación familiar.

### 12.1. Consumo de alimentos ultra procesados



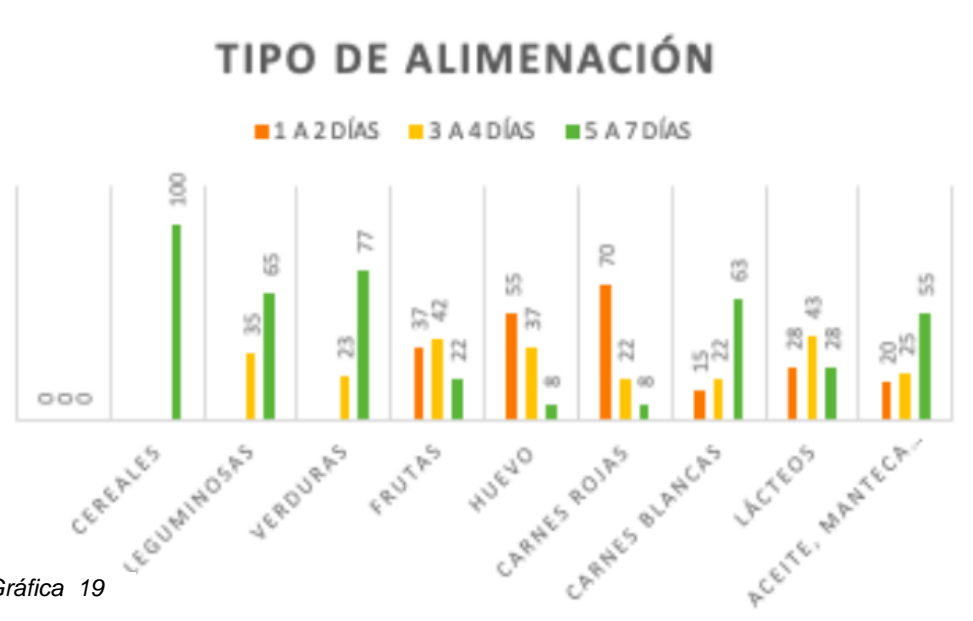
Gráfica 18

Para 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. (Gráfica 18)

### 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 utilizada encontramos a las carnes blancas dónde el 63% de ellos la consumen todos los días. (Gráfica 19)

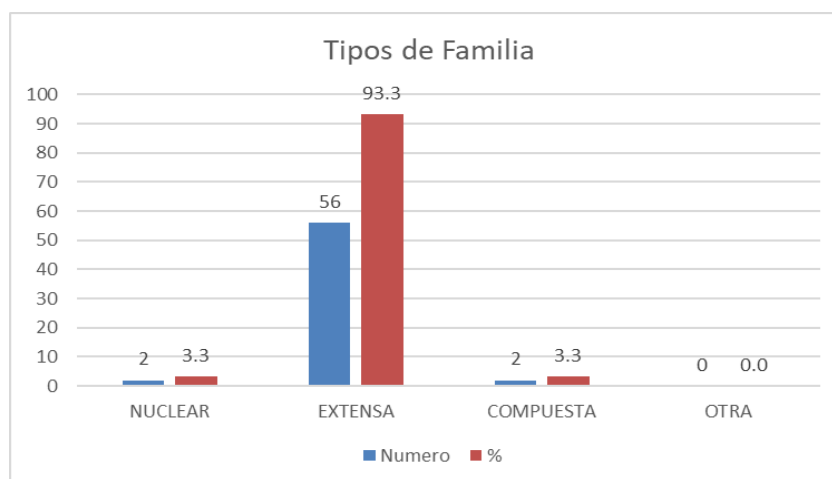


Gráfica 19

### 13. Dinámica familiar.

#### 14.1. Tipo de familia.

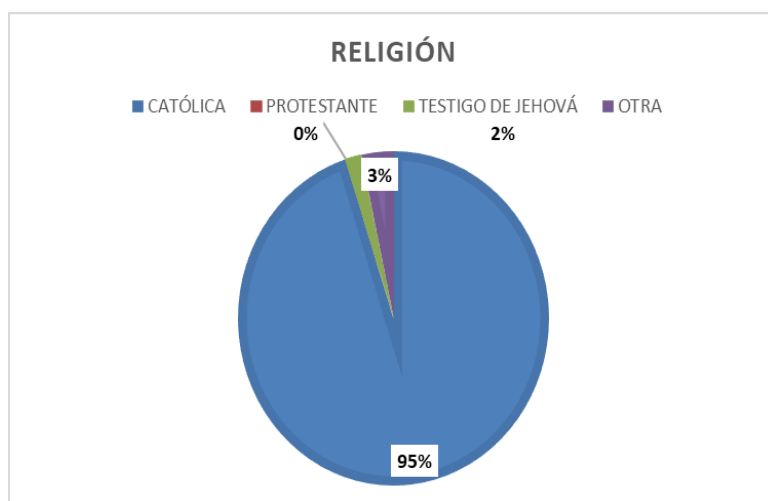
De acuerdo a lo que muestra la gráfica pudimos encontrar que en un 93% de los entrevistados cuentan con un tipo de familia extensa, ya que de acuerdo a las especificaciones dadas por la población su familia cuenta por lo menos con 5 o más integrantes familiares. Tan solo el 3.3% cuenta con una familia 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. (Gráfica 20)



Gráfica 20

#### 14.2 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. (Gráfica 21)

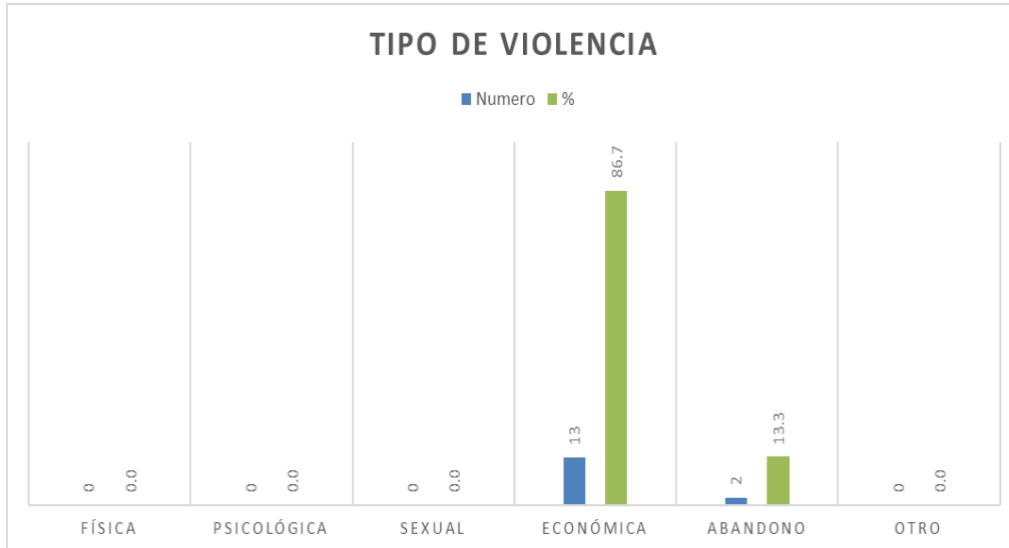


Gráfica 21

#### 14.3. 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. (Gráfica 22)



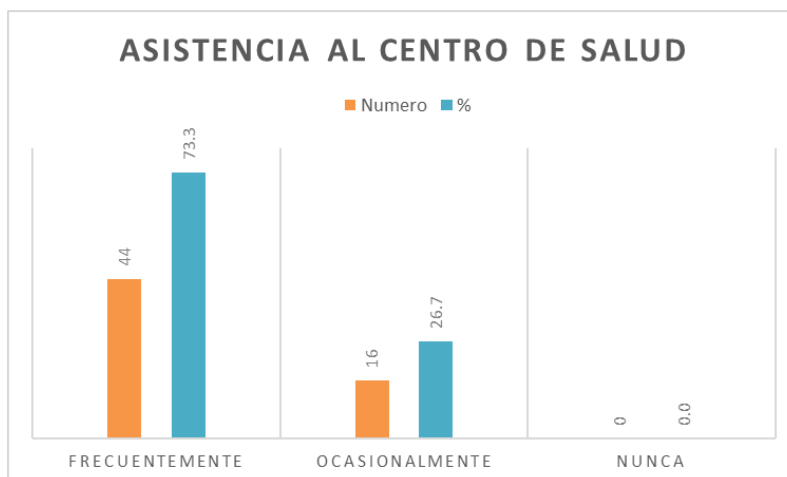
Gráfica 22

#### 14.4. 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. (Gráfica 23)

Gráfica 23



Gráfica 24

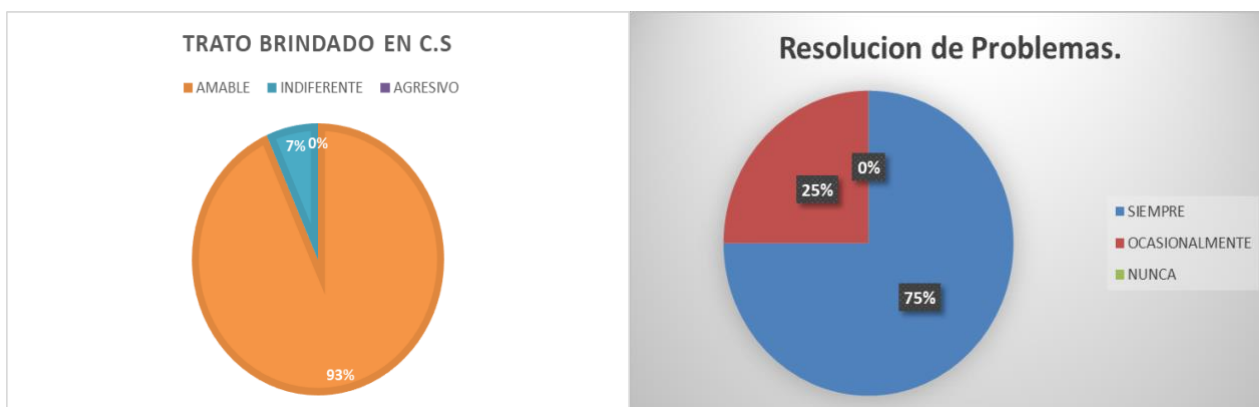
#### 14. Asistencia al centro de salud.

##### 15.1. 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. (Gráfica 24)

### 15.3. Trato recibido en el centro de salud.



Gráfica 26

Gráfica 25

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. (Gráfica 25 y 26)

## 15. Conclusiones y recomendaciones

Tras el análisis y evaluación de los datos recabados, se llega a la preocupante conclusión de que un 13% de los pacientes adultos mayores afectados por enfermedades crónicas degenerativas experimentan una depresión arraigada, y un considerable 27% exhibe rasgos depresivos. Estos reveladores hallazgos señalan que casi 4 de cada 10 pacientes enfrentan algún grado de trastorno depresivo, abarcando desde casos leves hasta severos. Esta realidad resalta la compleja relación entre las condiciones de salud mental y las enfermedades crónicas, subrayando la urgencia de abordar la salud integral de estos individuos.

En términos más claros, la intensificación de la gravedad del trastorno depresivo se correlaciona con una disminución paralela en el control de las enfermedades crónicas degenerativas correspondientes. Esta íntima relación refleja la necesidad imperante de una aproximación holística, reconociendo que el bienestar mental y la gestión de las condiciones crónicas están intrínsecamente entrelazados.

Los resultados del riesgo relativo también corroboran la asociación previamente identificada entre enfermedades crónicas degenerativas y depresión, este dato resalta la estrecha relación entre el manejo efectivo de las enfermedades crónicas y la salud

mental, subrayando la importancia de abordar integralmente la atención de los pacientes para optimizar tanto su bienestar físico como emocional. Estos resultados ofrecen una valiosa perspectiva sobre la interconexión entre la salud física y mental, abriendo la puerta a futuras investigaciones.

Se comprende que las condiciones crónicas propician mayores concentraciones de cortisol en el cuerpo, fortaleciendo ejes cerebrales asociados con la ansiedad y la depresión. Este ciclo de retroalimentación, a su vez, contribuye a una menor adherencia al tratamiento, amplificando la complejidad del panorama de salud de estos pacientes.

Esta constatación subraya la urgencia de sensibilizar tanto a los pacientes como a sus familias acerca de la influencia significativa que la depresión puede ejercer en la salud global de los afectados. Además, se resalta el hecho de que muchas familias y pacientes tienden a normalizar las conductas depresivas, posiblemente sin recibir un diagnóstico y manejo temprano.

Por lo tanto, se insta a la implementación de medidas que fomenten la identificación y atención temprana de la depresión, contribuyendo así a una gestión más efectiva de las enfermedades crónicas degenerativas en la población adulta mayor. Este enfoque integral no solo se centra en la salud física, sino que también aborda la salud mental, promoviendo un bienestar completo y sostenible en este segmento de la población, donde el cuidado integral se revela como esencial para mejorar la calidad de vida y el manejo de las condiciones de salud

## 16. 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](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](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 Pschiatric 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