

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN: MÉDICO CIRUJANO**

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



**FACTORES ASOCIADOS A SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADULTOS
MAYORES DE LA COMUNIDAD DE LLANO DE ZACAPEXCO, VILLA DEL CARBÓN,
ESTADO DE MÉXICO EN 2013**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTAN:

**SANDRA NOHEMI LAGUNA GUERRA
IVONNE LISET GALLEGOS SANTOS**

**DIRECTOR DE TESIS:
ESP. EN PSIQ. JESÚS BERMEO MÉNDEZ**

**REVISORES:
ESP. EN S.P. JUAN MANUEL GALVÁN MARTÍNEZ
ESP. EN NEUR. JAIME ÁVILA AGULAR**

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO; SEPTIEMBRE 2014.

**FACTORES ASOCIADOS A SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADULTOS
MAYORES DE LA COMUNIDAD DE LLANO DE ZACAPEXCO, VILLA DEL
CARBÓN, ESTADO DE MÉXICO EN 2013**

ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO.....	7
1. Factor de riesgo	7
2. Adulto mayor.....	8
3. Envejecimiento	
3.1. Definición.....	9
3.2. Tipos de envejecimiento.....	9
3.3. Cambios fisiológicos en el envejecimiento.....	10
3.4. Cambios sociales y psicológicos relacionados con la edad.....	11
4. Depresión	
4.1. Definición.....	12
4.2. Fisiopatología.....	12
4.3 Factores de riesgo.....	15
4.4. Epidemiología.....	16
4.5. Diagnóstico.....	17
4.6. Tratamiento.....	18
5. Escala de depresión Yesavage.....	20
6. Factores de riesgo asociados a depresión en el adulto mayor (SEDNA).....	20
7. Región en estudio: Llano de Zacapexco.....	21
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
III. JUSTIFICACIÓN.....	24
IV. HIPÓTESIS.....	25
V. OBJETIVOS	26
VI. MÉTODO:.....	27
1. Diseño del estudio	27
2. Operacionalización de variables.....	27
3. Universo de trabajo y muestra.....	29
4. Instrumentos de investigación.....	30
5. Desarrollo del proyecto.....	32

6. Límite de tiempo y espacio.....	32
7. Cronograma.....	32
8. Diseño del análisis	33
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	33
VIII. ORGANIZACIÓN.....	33
IX. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	33
X. RESULTADOS.....	34
XI. DISCUSIÓN.....	64
XII. CONCLUSIONES.....	67
XIII. RECOMENDACIONES.....	68
XIV. BIBLIOGRAFÍA.....	69
XV. ANEXOS.....	71
a. Formato de factores de riesgo para depresión en adultos mayores	71
b. Cuestionario Corto YESAVAGE de Depresión Geriátrica.....	72

RESUMEN

Objetivo. Determinar la presencia de factores asociados a sintomatología depresiva en los adultos mayores de la comunidad de Llano de Zacapexco, Villa del Carbón, Estado de México en 2013.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con datos de 300 expedientes de adultos mayores del Centro de Salud mencionado. Los factores biológicos, socioculturales, económicos y factores de comportamiento determinantes de salud actual; se asociaron a presencia o ausencia de sintomatología depresiva y su categoría, utilizando el Cuestionario abreviado Yesavage, obteniendo frecuencias, razones, proporciones, pruebas de Chi-cuadrado y OR.

Resultados. De 300 pacientes, 48 presentaron sintomatología depresiva (razón de 1:5.25). 33 mujeres y 15 hombres (razón de 2.2:1 y OR:2.53). 16 de 60-69 años, 17 de 70-79, 10 de 80-89, 5 de 90 y más. 9 solteros, 18 en unión libre, 10 casados, 3 divorciados, 8 viudos. 7 analfabetas, 17 sabían leer y escribir, 16 con primaria, 5 secundaria, 3 con nivel medio superior. 11 vivían solos, 12 en pareja, 9 con hijos, 16 en familia extendida. 2 tuvieron nivel socioeconómico alto, 20 medio, 26 bajo. 41 dependientes económicos y 7 no (razón de 5.85:1 y OR 4.25). 12 tenían actividad laboral remunerada económicamente y 36 no (razón de 1:3 y OR: 0.38). 48 presentaron comorbilidades (proporción de 1:1 y OR:0). 39 presentaron polifarmacia y 9 no (razón de 13:3 y OR 5.41). 19 presentaron discapacidad y 29 no (razón de 1:1.27 y OR 5.45). 48 fueron sedentarios (proporción de 1:1 y OR:0). 13 tuvieron convivencia social y 35 no (razón de 1:1.27 y OR:0.16), 20 contaban con apoyo social y 28 no (razón de 5:7 y OR:0.37).

Conclusiones. Los factores encontrados fueron: biológicos (mujer, 70-79 años), socioculturales (soltero o viudo, analfabeta, vivir solo o con sus hijos, sin convivencia social), económicos (nivel socioeconómico bajo, dependiente económico, no tener actividad laboral remunerada económicamente, no recibir algún tipo de apoyo social), de comportamiento determinantes de salud actual (comorbilidades, polifarmacia, discapacidad y sedentarismo positivos).

Palabras clave. Factores de riesgo, depresión, adulto mayor.

ABSTRACT

Objective. To determine the presence of factors associated with depressive symptoms in older adults in the community of Llano Zacapexco, Villa del Carbon, Mexico State in 2013.

Material and methods. A descriptive, cross-sectional study was done with data of 300 cases of elderly adults of the Health Center mentioned. Biological, socio-cultural, economic and behavioral factors determining current health factors; were associated with the presence or absence of depressive symptoms and their category, using the Yesavage abbreviated questionnaire, obtaining frequencies, ratios, proportions, Chi-square and OR.

Results. Of 300 patients, 48 had depressive symptoms (ratio 1: 5.25). 33 women and 15 men (ratio 2.2: 1 and OR: 2.53). 16 between 60-69 years of age, 17 between 70-79, 10 between 80-89, and 5 with more than 90. 9 singles, 18 in concubinage, 10 married, 3 divorced, 8 widowed. 7 illiterate, 17 known how to write and count, 16 elementary school, 5 secondary school, 3 high school. 11 lived alone, 12 lived in couples, 9 lived with children, 16 lived in extended family. 2 had higher socioeconomic status, 20 medium, 26 low. 41 didn't dependents economically, and 7 who did (ratio of 5.85: 1 and OR 4.25). 12 had economically work activity and 36 unpaid (ratio of 1: 3 and OR: 0.38). 48 had comorbidities (ratio of 1: 1 and OR: 0). 39 had polypharmacy and 9 hadn't (ratio of 13: 3, OR 5.41). 19 had disability and 29 hadn't (ratio of 1: 1.27 and OR 5.45). 48 were sedentary (ratio of 1: 1 and OR: 0). 13 had social life and 35 hadn't (ratio of 1: 1.27 and OR: 0.16), 20 hadn't social support and 28 had (ratio of 5: 7 and OR: 0.37).

Conclusions. The factors found were: biological (female, 70-79 years), sociocultural (single or widowed, illiterate, living alone or with their children, no social life), economic (low socioeconomic status, dependent economically, not having paid work, not receive some form of social support) of current health behavior determinants (positive to comorbidities, polypharmacy, disability and sedentary).

Keywords. Risk factors, depression, elderly.

I. MARCO TEÓRICO

1. Factor de riesgo

El riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. El término de riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversas.¹

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.¹

La OMS define al factor de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. En el informe *Global health risks* de la OMS en 2009, se describen 24 factores que afectan a la salud, una mezcla de factores medioambientales, comportamentales y fisiológicos que son responsables de una cuarta parte de los 60 millones de defunciones que, según se estima, se registran cada año.²

El conocimiento y la información sobre los factores de riesgo tienen diversos objetivos:³

a. Predicción: La presencia de un factor de riesgo significa un riesgo aumentado de presentar en un futuro una enfermedad, en comparación con personas no expuestas.

b. Causalidad: La presencia de un factor de riesgo no es necesariamente causal. El aumento de incidencias de una enfermedad entre un grupo expuesto en relación a un grupo no expuesto, se asume como factor de riesgo, sin embargo esta asociación puede ser debida a una tercera variable. La presencia de esta o estas terceras variables se conocen como variables de confusión.

c. Diagnóstico: La presencia de un factor de riesgo aumenta la probabilidad de que se presente una enfermedad. Este conocimiento se utiliza en el proceso diagnóstico ya que las pruebas diagnósticas tienen un valor predictivo positivo más elevado, en pacientes con mayor prevalencia de enfermedad. El conocimiento de los factores de riesgo se utiliza también para mejorar la eficiencia de los programas de cribaje, mediante la selección de subgrupos de pacientes con riesgo aumentado.

d. Prevención: Si un factor de riesgo se conoce asociado con la presencia de una enfermedad, su eliminación reducirá la probabilidad de su presencia. Este es el objetivo de la prevención primaria.

Los factores de riesgo pueden ser: biológicos, ambientales, estilo de vida y comportamiento, socioculturales, económicos, circunstanciales.⁴

Hay diferentes maneras de cuantificar factores de riesgo: Riesgo Absoluto: mide la incidencia del daño en la población total. Riesgo Relativo: compara la frecuencia con que ocurre el daño entre los que tienen el factor de riesgo y los que no lo tienen. Indica la probabilidad de que se desarrolle la enfermedad en los expuestos a un factor de riesgo en relación al grupo de los no expuestos.⁵

2. Adulto mayor

2.1 Definición

De acuerdo con la OMS, se considera así a las personas de 60 años para los que viven en países en vías de desarrollo y de 65 años en países desarrollados.⁶

2.2 Datos sociodemográficos y epidemiológicos

Actualmente el mundo experimenta una transición demográfica, ya que el número de personas con 60 años y más, se incrementa como consecuencia de un alargamiento en la esperanza de vida, es decir, cuánto tiempo pueden las personas esperar vivir sin discapacidad, lo cual resulta especialmente importante para una población que envejece. De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas en el 2011, la proporción de adultos mayores en las regiones más desarrolladas es de 22.1%, y se espera que en 2050, una de cada tres personas (31.9%) tenga 60 años y más.⁷

El envejecimiento poblacional origina un problema de Salud Pública debido a la demanda de atención en servicios de salud por parte de los adultos mayores. En México se calcula que para 2050 los adultos mayores conformarán un 28.0% de la población.⁸ En nuestro país en el 2010 la población de adultos mayores de 60 años fue de 10'055,379 (9.06% de la población total del país) con una proporción de 87 hombres por cada 100 mujeres, 74% reside en localidades urbanas y 26% en localidades rurales, los estados con mayor proporción de adultos mayores son Veracruz 10.4%, Oaxaca 10.7% y Distrito Federal 11.3%.⁹

De los adultos mayores 25.8% informó no tener estudios, 53.7% completó la primaria y 20.5% tienen estudios de secundaria o más y su lugar de residencia es predominantemente urbana (76.9%). El 74.4% saben leer y escribir un recado. 958,259 adultos mayores son hablantes de lengua indígena, de los cuales 573,475 (casi 6 de cada 10) son analfabetos.⁹

La esperanza de vida en adultos mayores hombres es de 20.9 años, y en adultos mayores mujeres es de 22.9 años, 6.3% de la población es soltera (en su mayoría mujeres), 60% es casada o unida (en su mayoría hombres), 33.7% estuvo casada o unida, viudos, divorciados (en su mayoría mujeres).⁹

El 72.6% de adultos mayores en México tienen derechohabencia a alguna institución médica y 27.4% se encuentra sin derechohabencia médica. El 34.3% de la población de 60 años y más participan en la actividad económica. Su distribución por sexo indica que 51.2% de los hombres y 19.7% de las mujeres participan en la actividad económica; y, de este total, el 37.4% lo hacen en el sector informal.¹⁰

Los progresos en los factores ambientales (como agua limpia y mejores medidas sanitarias) y conductuales (nutrición y menor exposición a riesgos) y el tratamiento de la prevención de enfermedades infecciosas, han sido los factores que explican en gran medida la esperanza de vida (en los últimos 30 años) desde 1900.¹¹

Estudios recientes muestran que el 20.7% de adultos mayores tiene al menos una discapacidad para realizar al menos una de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): caminar, moverse, subir o bajar, ver aun usando lentes, hablar, comunicarse o conversar, oír aun usando aparato auditivo, vestirse, bañarse o comer, poner atención o aprender cosas sencillas o alguna limitación mental. En el ámbito nacional, más de una cuarta parte de los adultos mayores (26.9%) presentó algún grado de discapacidad, es decir, tenía dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria (caminar, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse).¹²

De igual forma se valoran las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), las cuales se definen como aquellas que son vitales para el mantenimiento de la función normal de adultos mayores en el hogar y en la comunidad. En relación a éstas, el 24.6% de los adultos mayores tenían dificultad para realizar al menos una de las cuatro actividades instrumentales estudiadas (preparación de alimentos, compra de alimentos, administración de medicamentos y manejo de dinero). En ambas condiciones se observa que las prevalencias se incrementan en la medida que aumenta la edad, y es mayor en las mujeres en comparación con los hombres (29.6 frente a 23.8%, respectivamente para ABVD, y 28.4 frente a 20.3% para las AIVD).⁹

3. Envejecimiento

3.1 Definición

Es un proceso irreversible e inevitable que se inicia o acelera al alcanzar la madurez después de concluir el desarrollo entre los 20 y los 30 años de edad. A partir de entonces los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos que se asocian al paso del tiempo, tornan al individuo más vulnerable al medio y merman su capacidad de adaptación a los retos de la vida.¹³

El envejecimiento es un proceso lento pero dinámico, depende de muchas influencias internas y externas, incluidas la programación genética y los entornos físicos y sociales.

3.2 Tipos de envejecimiento

Envejecimiento ideal:

Personas mayores de 60 años de edad en países subdesarrollados y mayores de 65 años de edad en países desarrollados, capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente, y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física.¹⁴

Envejecimiento patológico:

Presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros.¹⁴

3.3 Cambios fisiológicos del envejecimiento

Durante el envejecimiento diferentes órganos y sistemas disminuyen su función, lo que está regulado por factores genéticos, estrés intrínseco y factores ambientales externos, a continuación enumeramos los más importantes:

3.3.1 Cambios en sistemas sensoriales:¹⁵

- Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.
- Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales.
- Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores, debido al deterioro de las papilas gustativas. Pérdida de la capacidad para discriminar los olores de los alimentos.
- En la piel se observan arrugas, manchas, flacidez y sequedad; por la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular.

3.3.2 Cambios en los sistemas orgánicos:¹⁶

Se produce una importante pérdida de masa muscular y atrofia de fibras musculares, que deterioran la fuerza muscular. En las articulaciones se reduce la flexibilidad, hay mayor rigidez articular por degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos.

Los huesos se tornan más porosos y quebradizos, por el proceso de desmineralización. Estos cambios afectan en mayor medida a las mujeres, debido a las siguientes causas: mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos de alimentación, entre otros.

El corazón desarrolla hipertrofia de ventrículo izquierdo, se acumula mayor cantidad de grasa envolvente, se endurecen las fibras musculares y hay una pérdida de la capacidad de contracción. Los vasos sanguíneos pierden elasticidad, aumentan de grosor y acumulan lípidos en las arterias (arterioesclerosis). El estrechamiento y la pérdida de la elasticidad dificultan el paso de la sangre. Favoreciendo un aporte menor de sangre oxigenada.

Se produce atrofia y debilitamiento de los músculos intercostales, cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y deterioro del tejido pulmonar (bronquios). Todo ello produce disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un 10% y un 15%, y en la aparición de una enfermedad respiratoria, el enfisema, muy común en personas de edad avanzada.

A nivel digestivo, hay reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado. Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen estreñimiento. Por otro lado, las acciones enzimáticas de fase 1, que consisten en oxidación, reducción o hidrólisis para convertir el fármaco original en metabolitos más polares, se reducen de forma progresiva con la edad.

En el páncreas se observa menor capacidad de las células beta-pancreáticas para responder a los cambios de la glucemia. El riñón tiene menor capacidad para eliminar los productos de desecho.

A nivel nervioso, el envejecimiento normal produce una pérdida entre 10 a 60% de células nerviosas en el encéfalo.¹⁵ Se produce una disminución de entre 5-10% de peso del encéfalo produciendo atrofia cerebral. También se observa una reducción del 20-30% de las células de Purkinje del cerebelo y de las astas anteriores de la médula. Desde el punto de vista histológico, se produce un mayor depósito del pigmento lipofuscina en la célula nerviosa y amiloide en los vasos sanguíneos. La consecuencia principal de los fenómenos de atrofia y muerte neuronal son las alteraciones en los neurotransmisores, en los circuitos neuronales y en las funciones cerebrales controladas por ellos. Los más afectados durante el proceso de envejecimiento son los colinérgicos y noradrenérgicos de proyección cortical y, fundamentalmente, el dopaminérgico nigroestriado.

El flujo sanguíneo cerebral disminuye aproximadamente un 20%. Esta disminución es mayor en la región prefrontal, y en la sustancia gris que en la blanca. Se observa la presencia de microaneurismas en relación con los cambios ateromatosos generalizados. El rendimiento intelectual, en el caso de ausencia de enfermedad neurológica, se suele conservar bien hasta los 80 años.

Lo que se observa es un enlentecimiento del procesamiento intelectual y, por lo tanto, una reducción de la habilidad para el procesamiento y la manipulación de nueva información. Las capacidades verbales se conservan bien hasta los 70 años, a partir de entonces algunos ancianos sanos pueden presentar una disminución progresiva del vocabulario, errores semánticos y prosodia anormal. La memoria sensorial y de fijación disminuye, no así la memoria inmediata y de evocación. Se reduce la capacidad de integración visuoespacial y aumenta el tiempo de reacción.

3.4 Cambios sociales y psicológicos relacionados con la edad:¹⁶

Con el paso de los años, los roles van cambiando y, al llegar el envejecimiento, la sociedad obliga al individuo a abandonar algunos de esos roles que ha desempeñado durante toda su vida (cuando hablamos de roles sociales nos referimos al conjunto de funciones, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente, que se esperan que una persona cumpla o ejerza de acuerdo con su estatus social, adquirido o atribuido).

Estos factores influyen en la calidad de vida de los adultos mayores, es decir, en su percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno. A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia.

4 Depresión

4.1 Definición

Es el término que se aplica a diversos desórdenes de la afectividad, que se presentan como condiciones únicas acompañadas a otros estados patológicos. Los signos y síntomas se pueden presentar en forma aguda insidiosa, episódica, somática y conductual. Se caracteriza por un estado de ánimo de tristeza, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer, por situaciones que antes la producían, pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inutilidad.¹⁷

El adulto mayor es propenso a tristeza secundaria a la capacidad de adaptarse a los cambios que presenta: cambios como limitaciones físicas propias del envejecimiento, alejamiento y pérdida de seres queridos, el duelo, enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, agotamiento del cuidador¹⁸, incluso maltrato. Situaciones que pueden provocar sentimientos de inutilidad y dificultad para conservar su armonía psíquica conllevando a una alteración afectiva: la depresión.

La depresión en los mayores favorece la aparición de otros efectos:¹⁵

- Descenso de la calidad de vida.
- Aumento de las enfermedades físicas.
- Disminución de la esperanza de vida.
- Incremento del riesgo de sufrir una muerte prematura por la aparición de enfermedades somáticas.
- No aceptación de la nueva situación de dependencia. Ésta quizás sea la consecuencia más grave.

La adaptación a la circunstancia vital de la dependencia varía en función de numerosos factores, como:¹⁵

- Los recursos psicológicos de cada individuo.
- Las causas de la dependencia.
- El pronóstico de la dependencia.
- El entorno social y familiar.
- El apoyo recibido.

4.2 Fisiopatología de la Depresión¹⁹

Las teorías fisiopatológicas de los trastornos afectivos se desarrollan a lo largo de tres líneas principales de investigación:

1. Estudios endocrinos.
2. Neurotransmisores.
3. Estudios electrofisiológicos.

En el tronco encefálico existen cantidades moderadas de neuronas secretoras de norepinefrina, especialmente en el locus ceruleus. Envían fibras hacia arriba, a la mayoría del sistema límbico, el tálamo y la corteza cerebral. También existen numerosas neuronas productoras de serotonina en los núcleos del rafe medio de la parte inferior de la protuberancia y en el bulbo, y proyectan fibras a muchas zonas del sistema límbico y a algunas otras áreas del encéfalo.

Existe la hipótesis de que estos trastornos expresan una patología del sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo. Es probable que las personas que presentan lesiones en estas partes (especialmente en el hemisferio no dominante) presenten síntomas depresivos. El sistema límbico y los ganglios basales están íntimamente relacionados, y a este sistema se le atribuye una función en la producción de las emociones. Las alteraciones del sueño, apetito, conducta sexual y los cambios biológicos en las medidas endocrinas, inmunológicas y cronobiológicas observadas en los pacientes deprimidos sugieren una disfunción del hipotálamo. La postura inclinada de los pacientes deprimidos, su enlentecimiento motor y las alteraciones cognoscitivas leves son similares a los signos observados en los trastornos de los ganglios basales.

Se sugiere una disfunción hipotálamo-hipófisis en todos los trastornos afectivos, debido a que ninguno de estos hallazgos es específico para algún tipo de enfermedad depresiva o consistente en todas las enfermedades depresivas. Se ha encontrado que los pacientes deprimidos con frecuencia presentan elevación de las concentraciones de los esteroides corticales en la sangre y orina y la mitad no pueden suprimir la secreción de cortisol después de que se les administra dexametasona. La reacción a la hormona estimulante de la tiroides (TSH), con la hormona liberadora de tirotrópina también resulta aberrante, aunque la concentración sanguínea de T3 y T4 sea normal. La hormona del crecimiento, prolactina, hormonas gonadales, líquido cefalorraquídeo y melatonina tienen reacciones disminuidas en subgrupos de trastornos afectivos. Los primeros estudios sobre los mecanismos en los trastornos del estado de ánimo se relacionan con diversos sistemas de neurotransmisores en el sistema nervioso central.

Los estudios de los neurotransmisores se fundamentan en el éxito de los medicamentos para el tratamiento. El 70% de los pacientes depresivos responden efectivamente a fármacos que aumentan los efectos excitadores de estos neurotransmisores en las terminaciones nerviosas, como los tricíclicos y los inhibidores de la MAO (IMAO's) que aumentan la disponibilidad de catecolaminas e indolaminas en el sistema nervioso central. Medicamentos como reserpina, fenotiazida que disminuyen la cantidad, bloqueando la secreción de norepinefrina y serotonina, pueden iniciar la sintomatología de la depresión.

El sistema de la norepinefrina y el de la serotonina normalmente impulsan el sistema límbico para aumentar la sensación de bienestar, para proporcionar alegría, satisfacción, buen apetito, impulso sexual apropiado y equilibrio psicomotor; aunque en exceso puede causar manía. Además, los centros de recompensa y placer del hipotálamo y de las zonas circundantes reciben numerosas terminaciones nerviosas de los sistemas de norepinefrina y de serotonina.

La L-dopa, usada como tratamiento antiparkinsoniano es un precursor de una catecolamina mayor (dopamina), y por sí misma puede producir manía. Esto origina la *teoría de catecolamina-indolamina de la depresión*, la cual postula que una cierta cantidad de aminas o un cierto nivel de sensibilidad de los receptores de las catecolaminas genera un estado de ánimo normal. La insensibilidad de los receptores, disminución total de las aminas, o descenso en su síntesis o almacenamiento causa la depresión. Por el contrario, cuando las aminas se encuentran en exceso o los receptores son hipersensibles, se desarrolla un estado de manía. El sistema acetilcolínico se ha implicado en los trastornos afectivos; un "equilibrio" entre la función adrenérgica y colinérgica se postula como necesario para la estabilidad en el estado de ánimo normal.

La hipótesis de *las aminas biógenas*, atribuye la depresión y la manía, respectivamente a un déficit o a un exceso de noradrenalina, serotonina y dopamina en localizaciones sinápticas fundamentales en el cerebro. Se sugiere que una baja concentración de serotonina, combinada con elevadas concentraciones de norepinefrina produce manía; mientras que bajas concentraciones de ambos causan depresión.

La exploración post-muerte de los suicidas sugiere una alteración de la actividad noradrenérgica, con aumento de la unión a los receptores alfa1, alfa2 y beta-adrenérgicos de la corteza cerebral, y un descenso del número total y densidad de las neuronas noradrenérgicas del locus ceruleus.

En algunos pacientes con trastornos depresivos mayores se han referido alteraciones del sistema dopaminérgico y del ácido gamaaminobutírico (GABA). Estas enzimas biógenas se sintetizan en los núcleos de las neuronas, cuyos axones se proyectan por todo el cerebro y la médula espinal. Por ello, ejercen una influencia desproporcionada en la actividad del cerebro.

La serotonina es el neurotransmisor más asociado a depresión, debido a la enorme repercusión que han tenido los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) en su tratamiento. Su descenso puede precipitar una depresión. Se han detectado menos zonas de captación para la serotonina en las plaquetas, medidas a través de la unión a plaquetas de la imipramina. El hallazgo de bajos niveles de triptófano en el plasma, alteraciones en el metabolismo de la serotonina, disminución de ácido 5-hidroxiindolacético (metabolito principal de serotonina en el cerebro), en el líquido cefalorraquídeo y de la unión del transportador serotoninérgico en las plaquetas sugiere la participación del sistema de la serotonina. Se ha descrito una disminución de receptores serotoninérgicos y un aumento en la concentración de serotonina en el cerebro de los suicidas, al igual que cambios neuroendocrinos compatibles con una disfunción pre o postsináptica de las neuronas serotoninérgicas.

La noradrenalina se ha implicado en la depresión, la activación de los receptores presinápticos β -2 adrenérgicos produce una disminución de la cantidad de noradrenalina liberada, estos también están en las neuronas serotoninérgicas y regulan la cantidad de serotonina liberada, además existe tratamiento antidepresivo casi exclusivamente noradrenérgico.

Existe una teoría colinérgica, que postula un aumento del tono colinérgico central en la depresión, así como un desequilibrio entre los sistemas colinérgico y adrenérgico, pero sus resultados todavía no son concluyentes.

Además se ha descubierto que los tricíclicos abarcan muchos sistemas receptores y que su acción principal puede ser la de cambiar o regular la sensibilidad del receptor y no la de actuar directamente como neurotransmisor.

Los cambios de la regulación hipotálamo-hipófisis-suprarrenal indican que la depresión podría ser una desregulación adaptativa a la respuesta de estrés mediada genéticamente o secundaria a la exposición a niveles significativos de estrés durante los períodos críticos de codificación neuroendocrina en los primeros estadios del desarrollo.

La causa de un episodio depresivo puede concebirse como la intersección de dos espectros continuos de factores de intensidad progresiva. Uno se refiere a la vulnerabilidad de la persona un trastorno del estado de ánimo. Esto interacciona con el segundo referido al estrés ambiental y acontecimientos vitales a los que está sometido el paciente.

Algunos individuos con predisposición genética, presentan síntomas después de acontecimientos desencadenantes graves y a tensiones acumuladas a lo largo de su vida. Los acontecimientos estresantes están asociados al trastorno depresivo mayor, la teoría dice que el estrés que acompaña al primer episodio provoca grandes cambios a largo plazo en la biología cerebral, que pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales, implicando pérdida de neuronas y una disminución de las conexiones sinápticas, resultando una persona más vulnerable para sufrir episodios posteriores del estado de ánimo.

Datos indican que el acontecimiento vital más asociado al desarrollo posterior es la pérdida de uno de los progenitores antes de los 11 años, así como la pérdida del cónyuge.

Ciertos tipos de personalidad como las obsesivo-compulsivas, oral-dependiente, histérica, presentan un mayor riesgo de depresión que las personalidades antisociales, paranoides, u otros que utilizan la protección u otro mecanismo de defensa para protegerse de su ira interna.

Según la teoría de la indefensión aprendida, la depresión puede mejorar si el clínico logra que el paciente adquiera un sentido de control y dominio sobre el ambiente.

Según la teoría cognoscitiva, los errores más frecuentes son las distorsiones negativas de experiencias vitales, la autoevaluación negativa, el pesimismo y la desesperanza. Las personas que aprenden estas perspectivas se sienten más deprimidas.¹⁹

4.3 Factores de riesgo para la Depresión en adulto mayor

De acuerdo con la Guía Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento de la depresión en adulto mayor en el primer nivel de atención de la Secretaría de Salud del estado de México 2011, se considera que dentro de los principales factores predisponentes a depresión en el anciano se encuentra: la familia, enfermedades, fármacos, alteraciones ambientales y circunstanciales.²⁰

Los factores de riesgo para la depresión en el adulto mayor incluyen los siguientes:²⁰

1. Sexo femenino.
2. Aislamiento social.
3. Viudez.
4. Divorcio o estado de separación marital.
5. Enfermedades médicas asociadas.
6. Enfermedad médica incapacitante reciente.
7. Polifarmacia.
8. Nivel socioeconómico bajo.
9. Dolor crónico.
10. Trastornos del sueño.
11. Abatimiento funcional.
12. Duelo económico o familiar.
13. Deterioro cognoscitivo.
14. Institucionalización.
15. Dependencia de alcohol, benzodiazepinas etc.

Los adultos mayores cuyas condiciones de vida sean adversas y tengan aislamiento social, adicciones o comorbilidad importante presentan mayor riesgo de depresión.²¹

El sedentarismo y la disminución de la actividad física en los adultos mayores se relacionan con altos niveles de depresión, con afectación mayor al sexo femenino en los primeros años de la vejez igualándose entre hombres y mujeres después de los 80 años.²²

El deterioro psicológico se explicaría por un fallo en el sistema de procesamiento de la información, que genera en las personas depresivas un sistema de creencias prototípico, caracterizado por la inferencia arbitraria y la distorsión de la realidad. Esta forma de entender la etiología del deterioro psicológico ignora los determinantes sociales de la depresión al situar su origen en el interior de la mente de las personas¹⁵.

Actualmente se cuenta con estudios enfocados en determinar los factores psicosociales involucrados en la depresión del adulto mayor²¹⁻²², lo que determina una serie de factores de riesgo más asociados.

Los factores de riesgo de mayor fuerza de asociación se evaluaron a grandes rasgos en este estudio a través de las variables:

1. Género.
2. Edad.
3. Estado civil.
4. Escolaridad.
5. Estructura familiar.
6. Nivel socioeconómico
7. Dependencia económica.
8. Productividad económica.
9. Comorbilidades.
10. Polifarmacia.
11. Discapacidad.
12. Sedentarismo.
13. Convivencia.
14. Apoyo social.

4.4 Epidemiología

En la actualidad se considera un problema de salud pública debido a que afecta o se observa en muchas personas, es de larga evolución, el tratamiento se vuelve costoso, tiene consecuencias invalidantes y afecta a grupos desfavorecidos.

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes, considerada como una de las principales causas de discapacidad, para el 2020 se calcula como la segunda, después de enfermedades isquémicas.⁹ La prevalencia que se estima en adultos es del 15% al 25% a lo largo de la vida y la prevalencia del 10% al 20% para 12 meses, tiene prevalencia de 16.2% en adultos con un incremento en los últimos años de 37%.²⁰

De acuerdo con la OMS, se considera que afecta a casi 340 millones de personas en todo el mundo; se encuentra asociada con un incremento en la mortalidad, debido a consecuencias como el suicidio, con un riesgo probable de un 15%.

En México, la depresión es la principal discapacidad mental en el adulto mayor. Estudios realizados en la última década de diferentes instituciones de provincia registran proporciones de depresión en adultos mayores del 15 al 62%, investigaciones realizadas en el D. F. y zona metropolitana el rango de proporciones de episodios depresivos en adultos mayores es de 57.1 a 79.5%.²²

El 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. La incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la valoración de la consulta externa, se incrementa al 40% en el paciente egresado de hospitalización. Los trastornos depresivos afectan al 10% de los adultos mayores que viven en la comunidad, entre 10 y 20% de los hospitalizados, 15 a 35% de los que viven en asilos y 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comorbilidades. Las enfermedades isquémicas cerebrovascular y cardiovascular.²³

La depresión ocasiona mayores gastos que la diabetes, otras enfermedades crónicas como la hipertensión y los lumbagos. El costo directo e indirecto está estimado en 44 billones de dólares anuales en los EE.UU., con un costo estimado de 5, 400 dólares por persona. En los próximos 20 años se predice que será la primera causa de incapacidad mundial, seguida sólo de la enfermedad isquémica, esto en términos del costo total a la sociedad.²³

4.5 Diagnóstico

4.4.1 Criterios Diagnósticos del DSM-IV TR Depresión ²⁴

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

De acuerdo con el DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, por sus siglas en inglés) en su capítulo de características y trastornos asociados, se lee: —frecuentemente presentan sollozos y llanto, irritabilidad, rumiación obsesiva, ansiedad, fobia, preocupación excesiva sobre su estado de salud y molestias dolorosas, tales como dolores de cabeza, musculares, abdominales y en cualquier localización.

4.4.2 Tratamiento¹⁶

La elección del tratamiento puede depender de múltiples factores como la causa de la depresión, la severidad de los síntomas prioritarios o las contraindicaciones para un tratamiento específico. Los fármacos antidepresivos resuelven episodios agudos, previenen recaídas y aumentan la calidad de vida. Estos fármacos han demostrado su eficacia, aunque en menor medida, en pacientes con hiperdensidades subcorticales (depresión vascular), así como en la depresión asociada a demencia. El objetivo del tratamiento antidepresivo debe buscar no sólo la respuesta al fármaco, sino también la remisión completa de los síntomas.

Los Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión en el anciano, dada su menor cardiotoxicidad, mayor seguridad en la sobredosis y menor toxicidad cognitiva. Todos los ISRS son de metabolización hepática y excretados por el riñón. Los principales efectos adversos incluyen: síntomas gastrointestinales, agitación, disminución de peso, disfunción sexual, efectos parkinsonianos. Pueden asociarse a hiponatremia y se han involucrado como causa etiológica de síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética.

Los ISRS aprobados en la práctica clínica son: fluvoxamina, fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y escitalopram. Todos requieren una única dosis diaria, excepto la fluvoxamina.

Los antidepresivos tricíclicos han abandonado su papel de primera elección en favor de los ISRS, por su marcado cortejo de efectos secundarios, principalmente anticolinérgicos y cardiovasculares, así como toxicidad cognitiva. La nortriptilina requiere una dosis cada doce horas.

La mirtazapina es un antidepresivo dual con acción sobre el sistema noradrenérgico y serotoninérgico. Requiere una única dosis diaria principalmente nocturna debido a su efecto hipnótico. También puede apoyarnos su uso su efecto antianorexígeno, aunque para paliar este hecho (y si no existen contraindicaciones) podría ser útil la fluoxetina. Tiene un buen perfil de seguridad y tolerabilidad. Debería ser usada con precaución en pacientes hipertensos.

La venlafaxina en su forma retarda (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina) requiere una única dosis diaria. Tiene una importante actividad antidepresiva y con dosis altas podría ser causa de aumento de la tensión sistólica y puede ser útil cuando existen patologías álgicas de base. No tiene toxicidad cognitiva, con lo que puede ser administrada también cuando coexiste con una demencia.

Cuando se inicia un tratamiento antidepresivo en el anciano, hay que tener en cuenta que los periodos de latencia para el inicio de su acción terapéutica pueden ser más largos que en el paciente joven, por lo que es importante mantenerlo durante seis semanas antes de realizar un cambio en la medicación. Según la mayoría de los consensos, debería mantenerse el tratamiento hasta 18 meses después de desaparecer la sintomatología en un primer episodio y mantenerlo de por vida si existiese recaída.

El anciano que no responde a medicación antidepresiva o que presenta efectos secundarios significativos debido a la medicación, puede ser candidato a la terapia electroconvulsiva siempre que haya padecido un episodio depresivo mayor. La depresión psicótica puede requerir, a veces, el uso de fármacos antipsicóticos asociados.

5 Escala de depresión Yesavage

En la literatura se encuentran pocos estudios de escalas de depresión geriátrica acortadas, encontrándose algunas de 3, 4 y 5 preguntas 6, 21-27, existe incluso una escala de una pregunta que tiene baja sensibilidad. Aunque estas pruebas permiten acortar el tiempo de la evaluación, al evaluar su eficacia son usualmente comparadas con el GDS-15.²⁵

Una de las escalas más utilizadas en la actualidad en población anciana es el cuestionario *Geriatric Depression Scale* de Yesavage (GDS), escala también recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Se trata de una escala autoaplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión. Existe una validación al castellano.

Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva. Aunque algunos autores han encontrado una correlación positiva, pero insuficiente, entre la versión corta y larga ($r= 0,66$), en otros trabajos la correlación encontrada fue superior al 0,80 y con datos de sensibilidad y especificidad equiparables entre las dos versiones.²⁶

Una de las ventajas del GDS, tanto en su versión de 30 preguntas como en ésta de 15, consiste en sus buenos resultados, incluso en pacientes con alteración cognitiva y analfabetas, facilitando su uso en el primer nivel de atención y así contar con diagnósticos oportunos.

6 Factores de Riesgo Asociados a la Depresión en el Adulto Mayor SEDENA:²²

SEDENA realizó un estudio observacional, analítico y transversal en 511 sujetos de 60 años y mayores; en el cual se identificaron casos probables de depresión con la escala geriátrica de Yesavage y Brink y factores de riesgo asociados utilizando la razón de momios.

Donde se obtuvo que la prevalencia de depresión fue de 41.7%, se observó un riesgo fuerte para desarrollar depresión en los individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos e inasistencia a asociaciones de convivencia, con una OR de 4.91, 3.96 y 3.14, respectivamente.

Riesgo moderado en aquellos con inactividad física, dependencia económica y género femenino.

Riesgo débil en aquellos con comorbilidad y polifarmacia, y una acción protectora en aquellos con disarmonía familiar.

Con base en los resultados, se observa que los factores de riesgo psicosocial mostraron mayor fuerza de asociación para desarrollar depresión.

7 Región en estudio: Llano de Zacapexco²⁷

Villa del Carbón es un municipio del Estado de México que se encuentra al norte de este mismo, colindando con los municipios de Chapa de Mota, San Bartolo Morelos, Tepoztlán, Villa Nicolás Romero y con el Estado de Hidalgo.

La región de Zacapexco se ubica al Suroeste de la cabecera municipal y representa una de las regiones más altas de la zona. Tiene una extensión de 12,036 hectáreas y una altitud de 2610 metros. El clima que predomina es húmedo-subhúmedo.

Es considerada como una de las poblaciones de alta marginalidad en el estado de México. Está conformada por 8 localidades: Llano de Zacapexco centro, Los Rueda, El Cerrito, Las Vigas, Santa María, Los Barbechos, San Isidro del Bosque, El Varal.

La vía de acceso a Villa del Carbón es por la carretera estatal, carretera Tlalnepantla - Villa del Carbón, carretera Jilotepec - Villa del Carbón, carretera Atlacomulco - Villa del Carbón y la carretera Toluca -Villa del Carbón.

El grado de escolaridad que más predomina en toda la población es de primaria, y de aquellos que saben leer y escribir pero que no contaron con educación formal, el mayor número se encontró en el género masculino, continúa siendo de gran número el analfabetismo entre los pobladores, sobre todo en aquellos de mayor edad.

Según los resultados de INEGI 2010, el 70% de la población económicamente activa trabaja en otros municipios o estados, presentando migración pendular, temporal y definitiva enviando las remesas a familiares que viven en la localidad, teniendo que la mayoría de la población habitante sea mayor a 60 años y menor a 15.

De los 337 giros comerciales que existen aproximadamente en el territorio, la mayoría se ubican en la cabecera municipal. La agricultura es de subsistencia y es una de las principales actividades del lugar. La ganadería y el turismo controlado por propiedades comunales protegidas como parques ecoturísticos, administrados por los mismos habitantes. Los parques eco turísticos que se encuentran en esta comunidad son:

“Llano de Lobos” ubicado en San Isidro del Bosque, ejido de Zacapexco

“La Presa del Llano” ubicado en el ejido de Zacapexco.

La percepción mensual promedio por familia es de: 1,445.00 pesos.

Cambios socio-demográficos de 2005 a 2010: Población

AÑOS	2005			2010		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Datos demográficos						
Total de población en la localidad	990	1,002	1,992	973	969	1,942
Viviendas particulares habitadas	441			447		

INEGI 2010

Estructura Poblacional del Llano de Zacapexco:

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
<i>Menor de 1 año</i>	25	0.54	28	0.60	53	1.14
<i>1 a 4 años</i>	196	4.24	186	4.03	182	8.27
<i>5 a 9 años</i>	248	5.37	57	5.57	305	10.94
<i>10 a 14 años</i>	50	5.41	16	4.68	266	10.09
<i>15 a 19 años</i>	37	5.13	58	5.59	295	10.72
<i>20 a 24 años</i>	82	3.94	16	4.68	298	8.62
<i>25 a 29 años</i>	79	3.87	180	3.90	259	7.78
<i>30 a 34 años</i>	145	3.14	137	2.96	282	6.11
<i>35 a 39 años</i>	47	3.18	170	3.68	317	6.87
<i>40 a 44 años</i>	41	3.05	127	2.75	268	5.80
<i>45 a 49 años</i>	23	2.66	106	2.29	229	4.96
<i>50 a 54 años</i>	28	2.77	142	3.07	270	5.85
<i>55 a 59 años</i>	88	1.90	100	2.16	188	4.07
<i>60 a 64 años</i>	66	1.43	82	1.77	148	3.20
<i>65 a 69 años</i>	41	0.88	67	1.45	108	2.34
<i>70 a 74 años</i>	30	0.65	36	0.78	66	1.43
<i>75 años y mas</i>	35	0.75	45	0.97	80	1.74
<i>Total</i>	1251	35	2363	65	3614	100

Fuente: INEGI 2010

Tasa de crecimiento poblacional: 1.04

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1. Argumentación:

La población actualmente presenta una inversión en la pirámide poblacional en virtud de que la proporción de adultos mayores ha aumentado. Esto origina un problema de salud pública al aumentar la cantidad de pacientes adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas, saturando la consulta externa de primer nivel.

El adulto mayor se ve agobiado por factores del entorno y circunstancias que conllevan el proceso de envejecimiento que lo predisponen a depresión, factores de riesgo como: sexo, edad, estado civil, escolaridad, composición familiar, nivel socioeconómico, dependencia y actividad económica, comorbilidades, polifarmacia, discapacidades, sedentarismo, convivencia social, apoyo social y situaciones de violencia²¹⁻²².

En la comunidad de Llano de Zacapexco, la mayoría de la población económicamente activa tiene que salir a trabajar fuera de sus hogares, por la poca oportunidad de empleo, lo que conduce a que la población que se queda en los hogares sean por lo general en su mayoría los adultos mayores, esto a corto plazo, propicia aislamiento, soledad lo cual incrementa el deterioro de la salud del adulto mayor así como su calidad de vida.

De lo anterior surge la siguiente:

2. Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a sintomatología depresiva en los adultos mayores de la comunidad de Llano de Zacapexco, Villa del Carbón, Estado de México en 2013, que acuden a consulta externa al Centro de Salud de dicha comunidad?

III. JUSTIFICACIÓN:

De acuerdo con la guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de Depresión en Adulto Mayor en primer nivel de atención en actualización 2011, los adultos mayores presentan las tasas más altas de morbilidad y discapacidad implicando mayor demanda de servicios de salud.²⁰

La depresión produce un impacto negativo sobre la calidad de vida de toda persona. La detección temprana y tratamiento oportuno de sintomatología depresiva en el adulto mayor nos proporciona una ventaja para aminorar el daño a la salud que ésta conlleva y mejora la calidad del adulto mayor.

El conocimiento por parte del médico de primer nivel de los factores de riesgo que presentan los adultos mayores con sintomatología depresiva, contribuye en la prevención de la misma al modificar estos factores.

1. Justificación académica:

Se realiza este trabajo de investigación para obtener el Título de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México.

2. Justificación epidemiológica:

Debido a la reciente transición demográfica, en la cual se observa un incremento de población de adultos mayores, es necesario realizar trabajos de investigación enfocados en el cuidado de la salud mental del adulto mayor, contribuyendo de esta forma a la información necesaria para que el trabajador de la salud pueda desarrollar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno en caso de presentar factores de riesgo para depresión.

3. Justificación social:

La depresión es una enfermedad que debe ser prevenida, diagnosticada a tiempo y tratada; ya que de no ser así, puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades, cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica e incluso el suicidio. De ahí la importancia para que el médico identifique los factores de riesgo para depresión en el adulto mayor.

Teniendo en cuenta los factores de riesgo que más se presentan en la Depresión en los adultos mayores, se puede realizar una prevención adecuada, diagnóstico y tratamiento oportuno.

IV. HIPÓTESIS:

Al ser este trabajo de investigación de tipo descriptivo no cuenta con hipótesis.

V. OBJETIVOS

a. General

- Determinar la presencia de factores asociados a sintomatología depresiva en los adultos mayores de la comunidad de Llano de Zacapexco, Villa del Carbón, Estado de México en 2013.

b. Específicos

- Determinar los factores biológicos (edad y género) de los adultos mayores con sintomatología depresiva.
- Determinar los factores socioculturales (estado civil, escolaridad, composición familiar, sedentarismo, convivencia social y apoyo social) de los adultos mayores con sintomatología depresiva.
- Determinar los factores económicos (nivel socioeconómico, independencia económica, presencia de productividad económica) de los adultos mayores con sintomatología depresiva.
- Determinar la presencia de factores de comportamiento determinantes de salud actual (comorbilidades, polifarmacia, discapacidad) en los adultos mayores con sintomatología depresiva.

VI. MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con los datos obtenidos de los expedientes de adultos mayores adscritos al Centro de Salud de la comunidad de Llano de Zacapexco, Villa del Carbón, Estado de México.

1. Diseño del estudio

Se revisaron los expedientes de adultos mayores adscritos al Centro de Salud de la comunidad Llano de Zacapexco, Villa del Carbón, Estado de México de los cuales se extrajeron 300 expedientes con criterios de inclusión completos; de ellos obtuvimos los datos de factores biológicos (edad, género), socioculturales (estado civil, escolaridad, composición familiar, sedentarismo, convivencia social, apoyo social), económicos (nivel socioeconómico, independencia económica, presencia de productividad económica), factores de comportamiento determinantes de salud actual (comorbilidades, polifarmacia, discapacidad) con base en el formato de factores de riesgo para depresión en adultos mayores elaborado a partir del Artículo de Castro Lizárraga, Ramírez Zamora en 2006 titulado "Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor"²², el cual se basa en los factores de riesgo para depresión descritos por Katona²³, además se obtuvo la presencia o ausencia de sintomatología depresiva del Cuestionario abreviado Yesavage de cada expediente.

De la historia clínica completa y actualizada se obtienen los datos de: edad (dividido en décadas), sexo (condición biológica mujer u hombre), estado civil actual, escolaridad (estado de analfabeta, sabe leer y escribir sin concluir el grado básico escolar; y primaria, secundaria, medio superior y superior concluidos), constitución familiar (personas con las que habita el paciente), dependencia económica y realización de actividad laboral remunerada económicamente, sedentarismo, convivencia social (pertenencia a grupos socio culturales de la comunidad). A partir de las notas clínicas se determina la presencia de comorbilidades, polifarmacia, y algún tipo de discapacidad. La variable de nivel socioeconómico y apoyo social se determina mediante la hoja de Estudio Socioeconómico incluido en el expediente. La sintomatología depresiva se extrae a partir del Cuestionario Yesavage de cada expediente.

2. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
FACTORES DE RIESGO	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Características que se analizarán en este trabajo de investigación según el formato de factores de riesgo para depresión en adultos mayores. Obtenidas del expediente Clínico	Cualitativa ordinal.	<ul style="list-style-type: none"> •Sexo. •Edad. •Estado civil. •Escolaridad. •Tipología familia. •Nivel socioeconómico •Dependencia económica. •Productividad económica. •Comorbilidades. •Polifarmacia. •Discapacidad. •Sedentarismo. •Convivencia. •Apoyo social.

DEPRESIÓN	Afección del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos como tristeza, desilusión, frustración, desesperanza, indefensión, inutilidad e infelicidad, en el que se pierde la satisfacción de vivir y recuperar el bienestar. Además se presentan síntomas vegetativos, cognoscitivos y motivacionales.	Afección del estado de ánimo que se analizará en este trabajo de investigación, según los resultados obtenidos con el cuestionario corto Yesavage incluido en cada Expediente clínico.	Cualitativa ordinal.	Ninguna Leve Moderada Severa
ADULTO MAYOR	Personas mayores de 60 años en países en vías de desarrollo. Personas mayores de 65 años en países desarrollados.	Persona en estudio.	Cualitativa nominal.	Sí No
SEXO	Condición biológica que determina el tipo de reproducción: hombre o mujer.	Se clasificará a la población según escala nominal de sexo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Hombre Mujer
EDAD	Cada uno de los periodos de tiempo en que se considera dividida la vida.	Se estadiificará a la población mayor de 60 años en periodos de décadas.	Cualitativa nominal.	60-69 70-79 80-89 Mayor de 90
ESTADO CIVIL	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Se clasificará a la población según su estado civil que menciona en la Historia Clínica.	Cualitativa nominal.	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo
ESCOLARIDAD	Se refiere al grado académico obtenido, según instituciones educacionales.	Se clasificará a la población según el último nivel académico concluido que refiera en la Historia Clínica.	Cualitativa nominal ordinal.	Analfabeta Sabe leer y escribir Primaria Secundaria Medio superior Superior
ESTRUCTURA FAMILIAR	Según la OMS la familia se define como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.	Se clasificará a la población con base a personas que viven con el paciente según el expediente clínico en su formato de estructura familiar.	Cualitativa nominal.	Solo Pareja Hijos Familia Extendida
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO	Es una medida total económica y sociológica combinada que incluye la preparación laboral de una persona y la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.	Se clasificará subjetivamente a la población dependiendo su nivel socioeconómico determinado en la Historia Clínica.	Cualitativa nominal ordinal.	Baja Media Alta
INDEPENDENCIA ECONÓMICA	La independencia económica se produce cuando la persona es capaz de formar autónoma y suficiente de cubrir con sus gastos personales sin ayuda ni aportación de tercero.	Se clasificará a la población de acuerdo a si dependen o no económicamente de un familiar, Institución o persona, según la Historia Clínica.	Cualitativa dicotómica.	Sí No
ACTIVIDAD LABORAL	Se entiende por laboral a todas aquellas situaciones o elementos vinculados de una u otra forma con el trabajo, entendido este último como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución de índole social.	Se clasificará a la población de acuerdo si existe o no actividad laboral con remuneración económica de acuerdo a lo informado en la Historia Clínica.	Cualitativa dicotómica.	Sí No
COMORBILIDAD	Enfermedad agregada al estado de envejecimiento.	Se clasificará a la población de acuerdo si existe o no comorbilidades crónicas de acuerdo al Expediente Clínico.	Cualitativa dicotómica.	Sí No
POLIFARMACIA	Es la utilización de 4 medicamentos o más de manera crónica (más de 3 semanas) independientemente de si es indicada por un médico o auto-recetada.	Se clasificará a la población de acuerdo si presenta o no polifarmacia de acuerdo al Expediente Clínico.	Cualitativa dicotómica.	Sí No

DISCAPACIDAD	Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.	Se clasificará a la población de acuerdo si existe o no discapacidad de tipo, auditiva, visual, del habla, de la marcha. Excepto demencia que es un criterio de exclusión de acuerdo al Expediente Clínico.	Cualitativa dicotómica.	Sí No
SEDENTARISMO	Carencia de ejercicio físico en la vida cotidiana de una persona, lo que por lo general pone al organismo humano en una situación vulnerable ante enfermedades.	Se clasificará a la población de acuerdo si existe o no sedentarismo. De acuerdo a lo informado en la Historia Clínica.	Cualitativa dicotómica.	Sí No
CONVIVENCIA SOCIAL	Convivencia es la acción de convivir (vivir en compañía de otro u otros). En su acepción más amplia, se trata de un concepto vinculado a la coexistencia pacífica y armónica de grupos humanos en un mismo espacio.	Se clasificará a la población de acuerdo si pertenece a algún grupo de convivencia social, ya sea deportiva, cultural, de carácter religioso u otra que implique formación de lazos de amistad, de acuerdo a lo informado en la Historia Clínica.	Cualitativa dicotómica.	Sí No
APOYO SOCIAL	Transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia.	Se clasificará a la población de acuerdo si existe o no apoyo social como el Programa Oportunidades, Apoyo al adulto mayor de 70 años o algún otro apoyo económico o material.	Cualitativa dicotómica.	Sí No

3. Universo de trabajo y muestra

Muestra de 300 expedientes completos y actualizados de adultos mayores del Centro de Salud Rural Disperso de la comunidad de Llano de Zacapexco, Villa del Carbón, Estado de México en 2013.

Criterios de inclusión:

- Expediente de una persona adulta mayor que cuente con Historia clínica actualizada y completa.
- Expediente de una persona adulta mayor que cuente con estudio socioeconómico actualizado y completo.
- Expediente de una persona adulta mayor que cuente con notas médicas actualizadas y completas.
- Expediente de una persona adulta mayor que cuente con Cuestionario abreviado Yesavage realizado y completo.

Criterios de exclusión:

- Expedientes de personas menores de 60 años.
- Expedientes con Historia Clínica no realizada.
- Expedientes con Nota Médica no actualizada.
- Expedientes con Estudio Socioeconómico no realizado.
- Expedientes con Cuestionario abreviado Yesavage no realizado.
- Expedientes de adultos mayores con demencia.

Criterios de eliminación:

- Expedientes de pacientes con alteración psiquiátrica grave no depresiva o con déficit motor y/o sensorial severo.
- Expedientes con Historia Clínica no actualizada y/o incompleta.
- Expedientes con Estudio Socioeconómico no actualizado.
- Expedientes con Cuestionario abreviado Yesavage no actualizado.

4. Instrumento de investigación

a. Descripción

a.1 Formato de factores de riesgo para depresión en adultos mayores.

Con base en el estudio publicado por Castro Lizárraga, Ramírez Zamora en 2006 titulado "Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor"²² y la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en Primer nivel de Atención IMSS 2011²⁰ se toman en cuenta 15 factores a partir de los cuales se realiza el formato de factores de riesgo para depresión en adultos mayores.

Los factores son:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Escolaridad
- Constitución familiar
- Nivel socioeconómico
- Dependencia económica
- Productividad económica
- Comorbilidades
- Polifarmacia
- Discapacidad
- Sedentarismo
- Convivencia social
- Apoyo social

El formato se llenó revisando cada uno de los 300 expedientes completos de adultos mayores adscritos al Centro de Salud de la comunidad Llano de Zacapexco, Villa del Carbón, Estado de México.

a.2 Cuestionario Corto Yesavage

Escala recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria abreviada por Sheikh y Yesavage²⁶, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva. Se trata de una escala autoaplicable de 15 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión. (Anexo 2)

b. Validación

b.1 La Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en Primer nivel de Atención IMSS 2011²⁰ tiene validación del protocolo de búsqueda por la división de Excelencia Médica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social, validado por pares clínicos, con revisión de la Academia Nacional de Medicina.

El estudio de Castro Lizárraga Marcos, Ramírez Zamora Serafín, Aguilar Morales Luis Víctor, Díaz de Anda Víctor Manuel del año 2006 “Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor” es un estudio observacional, analítico y transversal en 511 sujetos de 60 años y mayores. Se identificaron casos probables de depresión con la escala geriátrica de Yesavage y Brink y factores de riesgo asociados utilizando la razón de momios. Donde se obtuvo que la prevalencia de depresión fue de 41.7%; se observó un riesgo fuerte para desarrollar depresión en los individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos e inasistencia a asociaciones de convivencia, con una OR de 4.91, 3.96 y 3.14, respectivamente; también se encontró un riesgo moderado en aquellos con inactividad física, dependencia económica y género femenino. Así como riesgo débil en aquellos con pluripatología y polifarmacia, y una acción protectora en aquellos con disarmonía familiar. Con base en los resultados, se observa que los factores de riesgo psicosocial mostraron mayor fuerza de asociación para desarrollar depresión.²²

b.2 La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (*Geriatric Depression Scale GDS*) fue diseñada por Brink y Yesavage en 1982 para evaluar el estado afectivo de los ancianos²⁵. La versión original cuenta con 30 preguntas dicotómicas con una excelente confiabilidad (valores alfa entre 0.80-0.95)²⁶ y es recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Sheik y Yesavage posteriormente propusieron la Versión abreviada formada por 15 preguntas, 10 positivas y 5 negativas con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención en adultos mayores y más en los casos que existe algún grado de alteración cognitiva. Equiparándose la sensibilidad y especificidad de la versión larga²⁹. La escala de Yesavage en su versión de 30 y 15 reactivos actualmente es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos, con una sensibilidad del 97% y especificidad del 85%²⁶.

En nuestro país se utilizó esta escala en la consulta externa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), entre mayo de 2005 y marzo de 2006, para establecer las propiedades clinimétricas de un cuestionario dicotómico de nueve reactivos, desprendido del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM); en el cual se incluyeron 199 individuos de edad media de 79.5 años. El resultado del cuestionario de la ENASEM estuvo significativamente correlacionado con el diagnóstico clínico de depresión ($p < 0.001$) y el puntaje de la EDG ($p < 0.001$). La consistencia interna fue la adecuada (coeficiente alfa de 0.74). Tiene una sensibilidad y especificidad de 80.7% y 68.7%, respectivamente, para el diagnóstico de depresión. Por lo cual se concluyó que la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage constituye un instrumento válido y confiable para cribar la presencia de depresión en adultos mayores.³⁰

c. Aplicación

Se extrajo la información a partir de 300 expedientes clínicos seleccionados de adultos mayores que acudieron a consulta en el Centro de Salud Rural Disperso Llano de Zacapexco, Villa del Carbón de julio 2012 a julio 2013, en el cual están actualizadas y completas la Historia Clínica, las notas clínicas, el estudio Socioeconómico y el Cuestionario Yesavage. De la historia clínica se obtienen los datos: edad, sexo, estado civil, escolaridad, constitución familiar, dependencia y productividad económica, sedentarismo, convivencia social. A partir de las notas clínicas se determina la presencia de comorbilidad, polifarmacia, y discapacidad. La variable de nivel socioeconómico y apoyo social se determina mediante la hoja de Estudio Socioeconómico incluido en el expediente. La presencia o ausencia de sintomatología depresiva se extrae a partir del Cuestionario Yesavage de cada expediente.

5. Desarrollo del proyecto

Se desarrolló en la zona rural de Llano de Zacapexco, Villa del Carbón, Estado de México con el fin de investigar la presencia de factores asociados a sintomatología depresiva en pacientes adultos mayores que viven en una zona del país y cuya forma de vida se conoce poco.

6. Límite de tiempo y espacio

La obtención de datos del Expediente Clínico se llevó a cabo durante el periodo de julio 2012 a julio 2013 de pacientes adultos mayores adscritos al Centro de Salud Rural Disperso de Llano de Zacapexco, Villa del Carbón, Estado de México.

7. Cronograma

	SEPT 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUNIO 2014	JULIO 2014	AGOSTO 2014	SEPT 2014
ELECCIÓN DEL TEMA	■												
INVESTIGACIÓN DEL MARCO TEÓRICO		■	■										
ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO				■	■	■							
METODOLOGÍA				■	■	■							
REGISTRO DE PROTOCOLO DE TESIS							■						
ACEPTACION DEL PROTOCOLO DE TESIS								■	■	■	■	■	■
ANÁLISIS DE RESULTADOS								■	■	■	■	■	■
PRESENTACION DE LA TESIS													■

8. Diseño del análisis

Una vez obtenidos los resultados, se ordenaron en una base de datos donde a partir de las frecuencias realizamos gráficas de barras acumulativas y comparativas, de las variables: edad, estado civil, escolaridad, estructura familiar y nivel socioeconómico se obtuvieron frecuencias representadas en porcentaje. De las variables dicotómicas: sexo, dependencia económica, actividad laboral remunerada económicamente, polifarmacia, discapacidad, convivencia social y apoyo social determinamos razones; y de las variable dicotómicas: comorbilidades y sedentarismo determinamos proporciones. Se elaboraron descriptivos de sintomatología depresiva pareada con cada variable, se plasmaron resultados de las pruebas de Chi Cuadrado. De todas las variables dicotómicas se obtuvo OR. De esta forma se agruparon los factores en biológicos (edad, género), socioculturales (estado civil, escolaridad, composición familiar, sedentarismo, convivencia social, apoyo social), económicos (nivel socioeconómico, independencia económica, presencia de productividad económica), factores de comportamiento determinantes de salud actual (comorbilidades, polifarmacia, discapacidad) para obtener las conclusiones.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS:

Según la Ley general de salud en materia de investigación, el Artículo 17.1 menciona que se trata de una investigación sin riesgos por lo que no requiere de autorización por escrito. Toda la información manejada dentro del trabajo se utilizará exclusivamente con fines de investigación, se respetará la confidencialidad del paciente. El estudio no realiza pruebas que comprometan la integridad física o emocional de los encuestados.

VIII. ORGANIZACIÓN:

Director de Tesis:

Esp. en Psiq. Dr. Jesús Bermeo Méndez

Tesistas:

Sandra Nohemi Laguna Guerra
Ivonne Liset Gallegos Santos

IX. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

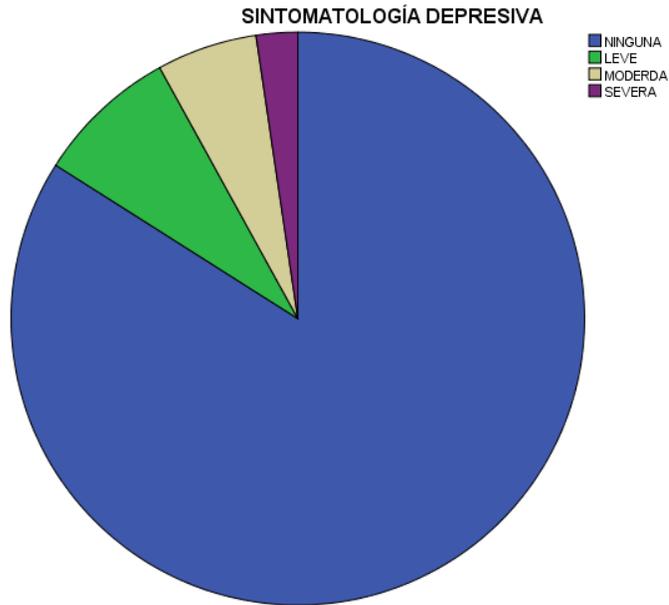
Transporte: \$3000.00
Impresiones: \$7000.00
Copias: \$1000.00
Bolígrafos: \$100.00
Tinta y cojín para huella digital: \$100.00

Financiamiento a cargo de:

Ivonne Liset Gallegos Santos y Sandra Nohemi Laguna Guerra

X. RESULTADOS

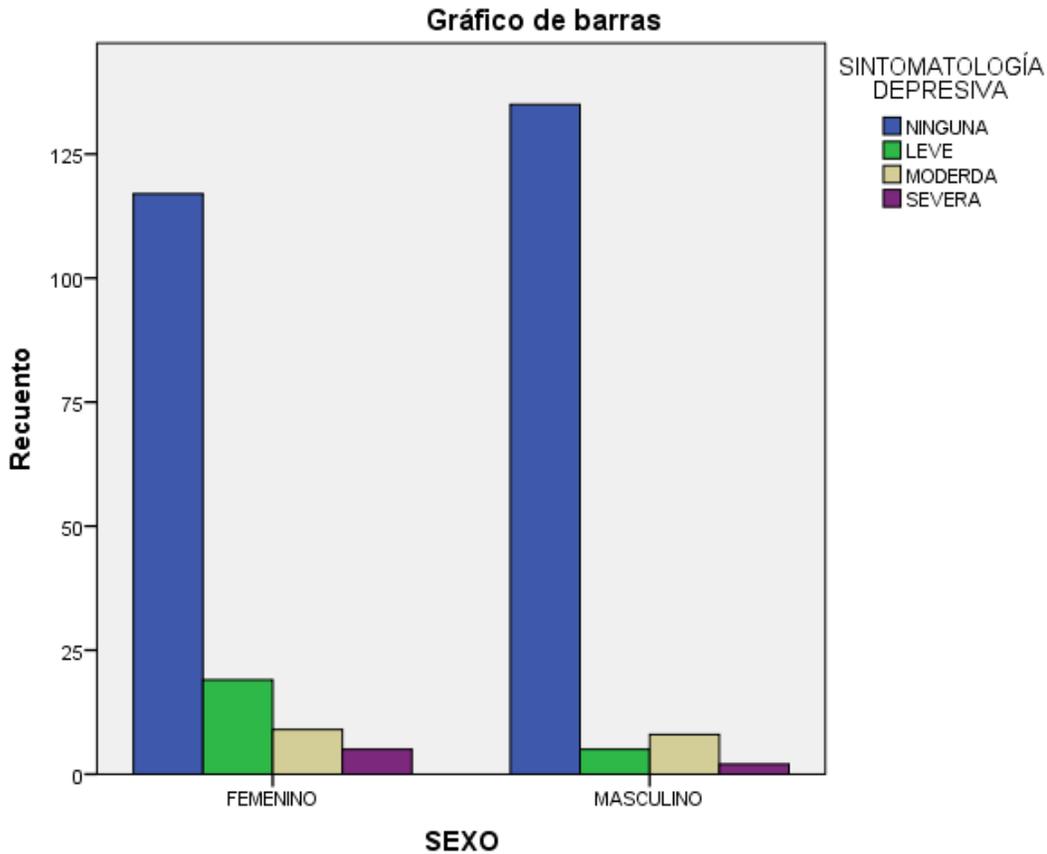
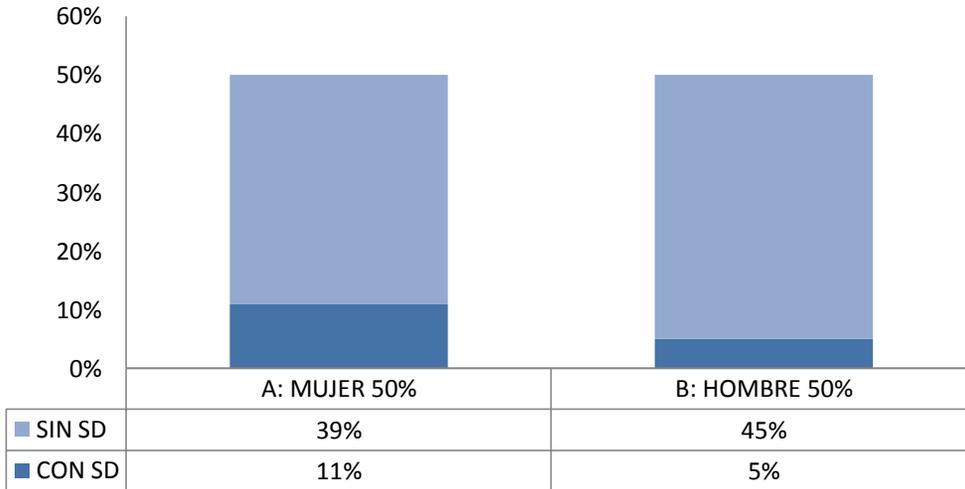
Durante el periodo de julio 2012 a julio 2013, en el CSRD Llano de Zacapexco, se aplicó el cuestionario corto Yesavage a 300 adultos mayores obteniendo un 16% (48 pacientes) con sintomatología depresiva y un 84% (252 pacientes) sin ella. Con una razón de 5.25 sanos por cada 1 paciente con sintomatología depresiva.



SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NINGUNA	252	84.0	84.0	84.0
LEVE	24	8.0	8.0	92.0
MODERDA	17	5.7	5.7	97.7
SEVERA	7	2.3	2.3	100.0
Total	300	100.0	100.0	

SEXO



De los pacientes con sintomatología depresiva, 68.7% corresponden a mujeres y 31.2% son hombres. Con una razón de 2.2 mujeres por cada hombre.

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				Total
		NINGUNA	LEVE	MODERDA	SEVERA	
SEXO	FEMENINO					
	Recuento	117 _a	19 _b	9 _{a, b}	5 _{a, b}	150
	% dentro de SEXO	78.0%	12.7%	6.0%	3.3%	100.0%
	% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	46.4%	79.2%	52.9%	71.4%	50.0%
	% del total	39.0%	6.3%	3.0%	1.7%	50.0%
SEXO	MASCULINO					
	Recuento	135 _a	5 _b	8 _{a, b}	2 _{a, b}	150
	% dentro de SEXO	90.0%	3.3%	5.3%	1.3%	100.0%
	% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	53.6%	20.8%	47.1%	28.6%	50.0%
	% del total	45.0%	1.7%	2.7%	0.7%	50.0%
Total	Recuento	252	24	17	7	300
	% dentro de SEXO	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%
	% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.797 ^a	3	.013
Razón de verosimilitudes	11.381	3	.010
N de casos válidos	300		

a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.50.

OR=2.53

EDAD

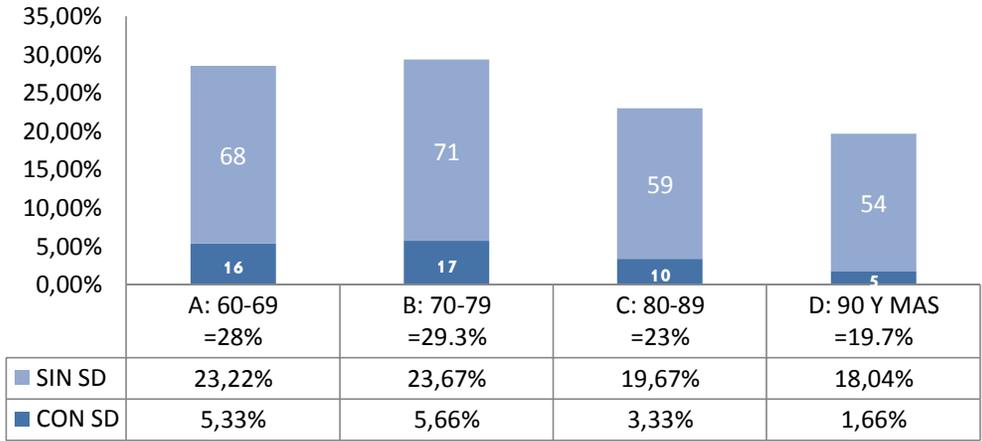
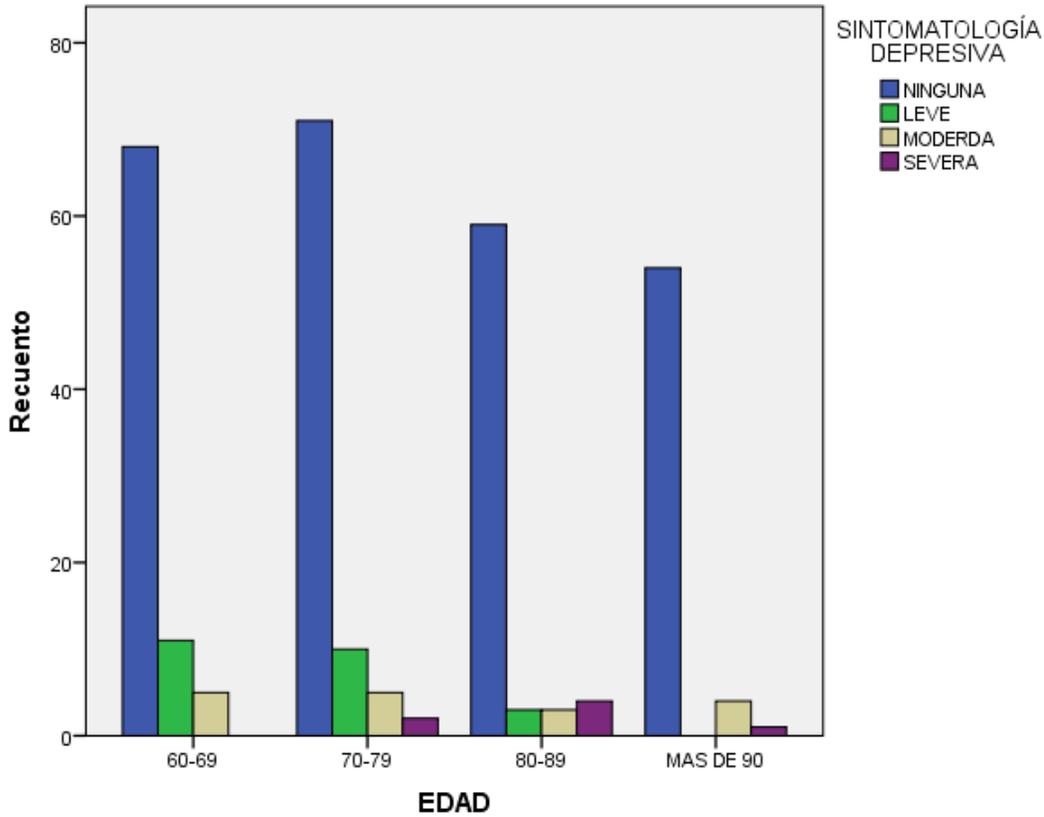


Gráfico de barras



De los pacientes con sintomatología depresiva, 35.42% tienen entre 70-79 años de edad, 33.33% tiene 60-69 años, 20.83% entre 80-89 años y 10.42% tienen más de 90 años de edad.

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				Total		
		NINGUNA	LEVE	MODERDA	SEVERA			
EDAD	60-69	Recuento	68 _{a, b}	11 _b	5 _{a, b}	0 _a	84	
		% dentro de EDAD	81.0%	13.1%	6.0%	0.0%	100.0%	
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	27.0%	45.8%	29.4%	0.0%	28.0%	
		% del total	22.7%	3.7%	1.7%	0.0%	28.0%	
		70-79	Recuento	71 _a	10 _a	5 _a	2 _a	88
		% dentro de EDAD	80.7%	11.4%	5.7%	2.3%	100.0%	
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	28.2%	41.7%	29.4%	28.6%	29.3%	
		% del total	23.7%	3.3%	1.7%	0.7%	29.3%	
		80-89	Recuento	59 _a	3 _a	3 _{a, b}	4 _b	69
		% dentro de EDAD	85.5%	4.3%	4.3%	5.8%	100.0%	
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	23.4%	12.5%	17.6%	57.1%	23.0%	
		% del total	19.7%	1.0%	1.0%	1.3%	23.0%	
	MAS DE 90	Recuento	54 _a	0 _b	4 _a	1 _{a, b}	59	
	% dentro de EDAD	91.5%	0.0%	6.8%	1.7%	100.0%		
	% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	21.4%	0.0%	23.5%	14.3%	19.7%		
	% del total	18.0%	0.0%	1.3%	0.3%	19.7%		
Total		Recuento	252	24	17	7	300	
		% dentro de EDAD	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%	
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
		% del total	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%	

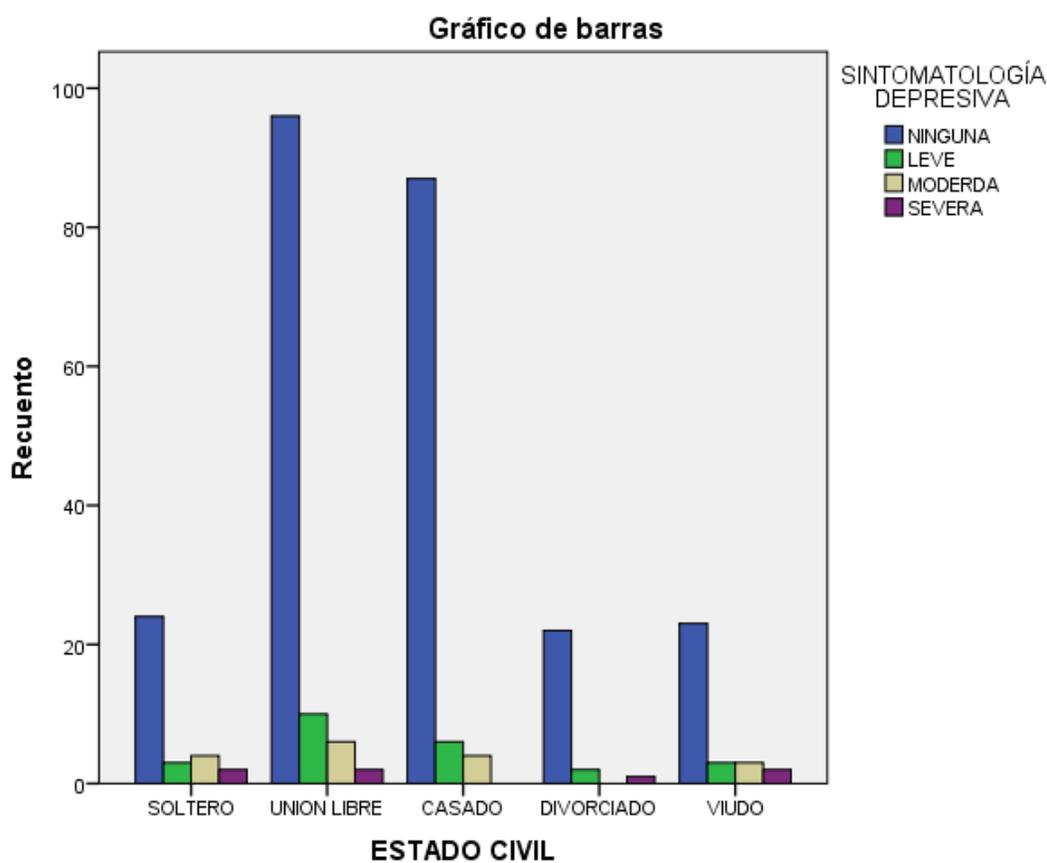
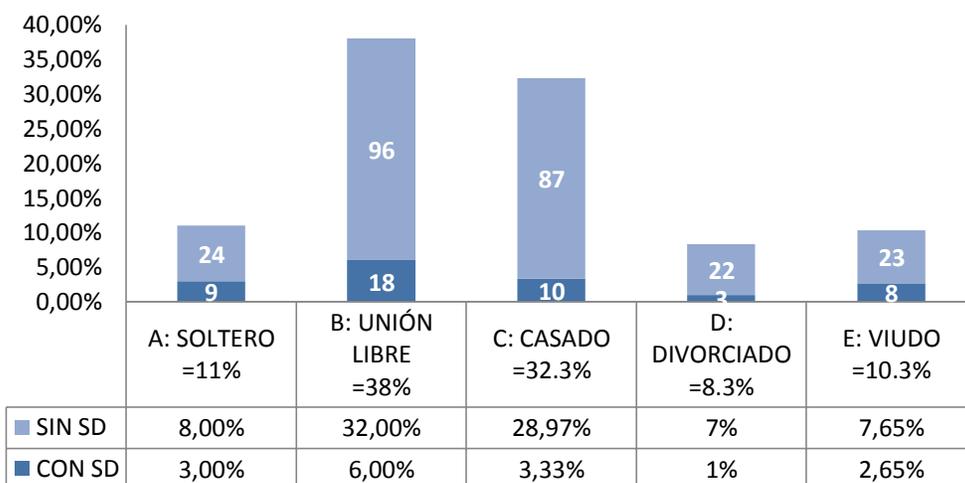
Cada letra de subíndice indica un subconjunto de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.431 ^a	9	.058
Razón de verosimilitudes	21.718	9	.010
N de casos válidos	300		

a. 9 casillas (56.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.38.

ESTADO CIVIL



Pacientes con sintomatología depresiva, 37.5% unión libre, 20.8% casados, 18.75% solteros, 16.7% viudos, 6.25% divorciados.

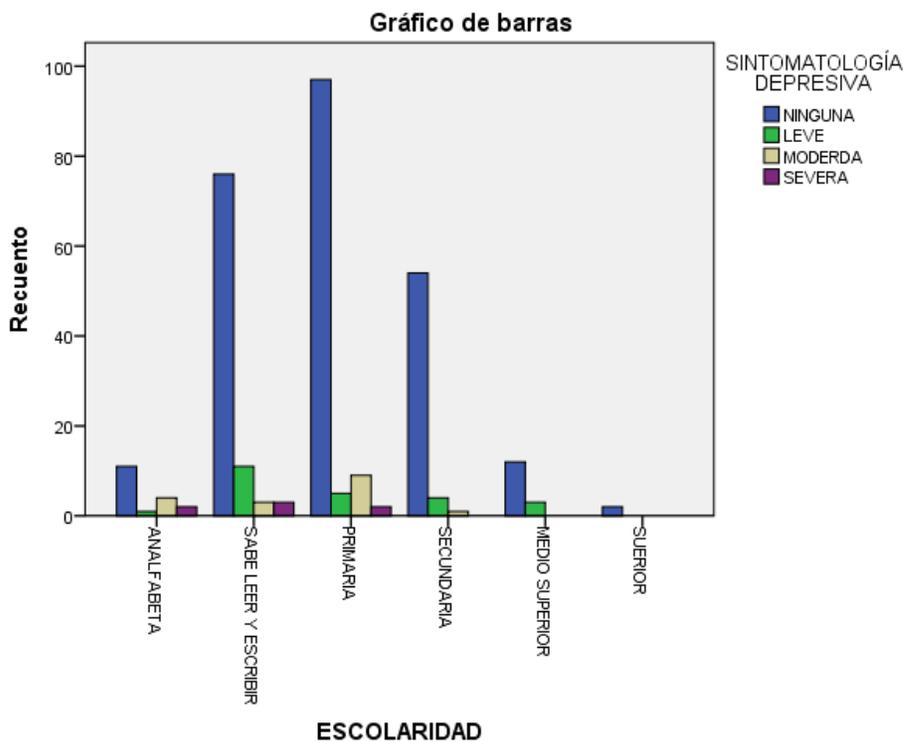
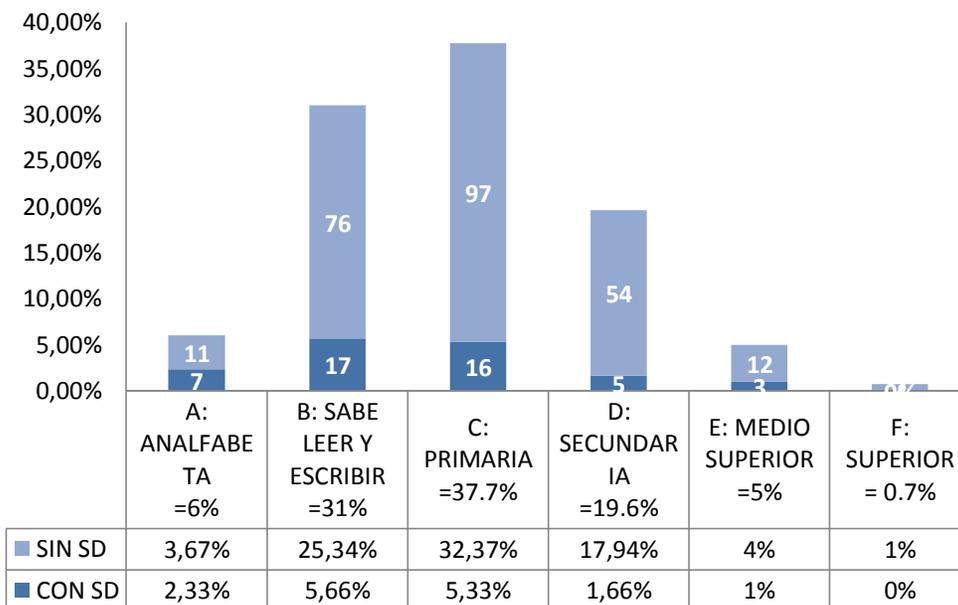
		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				Total	
		NINGUNA	LEVE	MODERDA	SEVERA		
ESTADO CIVIL	SOLTERO	Recuento	24 _a	3 _a	4 _a	2 _a	33
		% dentro de ESTADO CIVIL	72.7%	9.1%	12.1%	6.1%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	9.5%	12.5%	23.5%	28.6%	11.0%
		% del total	8.0%	1.0%	1.3%	0.7%	11.0%
	UNION LIBRE	Recuento	96 _a	10 _a	6 _a	2 _a	114
		% dentro de ESTADO CIVIL	84.2%	8.8%	5.3%	1.8%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	38.1%	41.7%	35.3%	28.6%	38.0%
		% del total	32.0%	3.3%	2.0%	0.7%	38.0%
	CASADO	Recuento	87 _a	6 _a	4 _a	0 _a	97
		% dentro de ESTADO CIVIL	89.7%	6.2%	4.1%	0.0%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	34.5%	25.0%	23.5%	0.0%	32.3%
		% del total	29.0%	2.0%	1.3%	0.0%	32.3%
	DIVORCIADO	Recuento	22 _a	2 _a	0 _a	1 _a	25
		% dentro de ESTADO CIVIL	88.0%	8.0%	0.0%	4.0%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	8.7%	8.3%	0.0%	14.3%	8.3%
		% del total	7.3%	0.7%	0.0%	0.3%	8.3%
	VIUDO	Recuento	23 _a	3 _a	3 _a	2 _a	31
		% dentro de ESTADO CIVIL	74.2%	9.7%	9.7%	6.5%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	9.1%	12.5%	17.6%	28.6%	10.3%
		% del total	7.7%	1.0%	1.0%	0.7%	10.3%
	Total	Recuento	252	24	17	7	300
		% dentro de ESTADO CIVIL	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.024 ^a	12	.299
Razón de verosimilitudes	15.659	12	.207
N de casos válidos	300		

a. 11 casillas (55.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .58.

NIVEL ESCOLAR



Pacientes con sintomatología depresiva 35.4% sabe leer y escribir, 33.3% concluyó la primaria, 14.6% es analfabeta, 10.4% terminó la secundaria, 6.25% tiene estudios de nivel medio superior y ninguno tiene estudios superiores.

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				Total	
		NINGUNA	LEVE	MODERDA	SEVERA		
ESCOLARIDAD	ANALFABETA	Recuento	11 _a	1 _{a, b}	4 _b	2 _b	18
		% dentro de ESCOLARIDAD	61.1%	5.6%	22.2%	11.1%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	4.4%	4.2%	23.5%	28.6%	6.0%
		% del total	3.7%	0.3%	1.3%	0.7%	6.0%
	SABE LEER Y ESCRIBIR	Recuento	76 _a	11 _a	3 _a	3 _a	93
		% dentro de ESCOLARIDAD	81.7%	11.8%	3.2%	3.2%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	30.2%	45.8%	17.6%	42.9%	31.0%
		% del total	25.3%	3.7%	1.0%	1.0%	31.0%
	PRIMARIA	Recuento	97 _{a, b}	5 _b	9 _a	2 _{a, b}	113
		% dentro de ESCOLARIDAD	85.8%	4.4%	8.0%	1.8%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	38.5%	20.8%	52.9%	28.6%	37.7%
		% del total	32.3%	1.7%	3.0%	0.7%	37.7%
	SECUNDARIA	Recuento	54 _a	4 _a	1 _a	0 _a	59
		% dentro de ESCOLARIDAD	91.5%	6.8%	1.7%	0.0%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	21.4%	16.7%	5.9%	0.0%	19.7%
		% del total	18.0%	1.3%	0.3%	0.0%	19.7%
	MEDIO SUPERIOR	Recuento	12 _a	3 _a	0 _a	0 _a	15
		% dentro de ESCOLARIDAD	80.0%	20.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	4.8%	12.5%	0.0%	0.0%	5.0%
		% del total	4.0%	1.0%	0.0%	0.0%	5.0%
SUERIOR	Recuento	2 _a	0 _a	0 _a	0 _a	2	
	% dentro de ESCOLARIDAD	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
	% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	
	% del total	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	
Total	Recuento	252	24	17	7	300	
	% dentro de ESCOLARIDAD	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%	
	% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%	

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29.857 ^a	15	.012
Razón de verosimilitudes	26.287	15	.035
N de casos válidos	300		

a. 15 casillas (62.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .05.

CONSTITUCION FAMILIAR

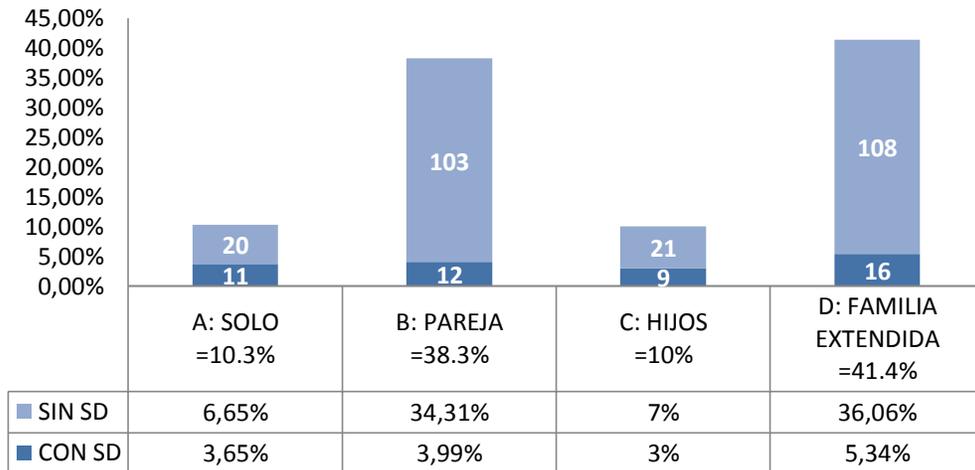
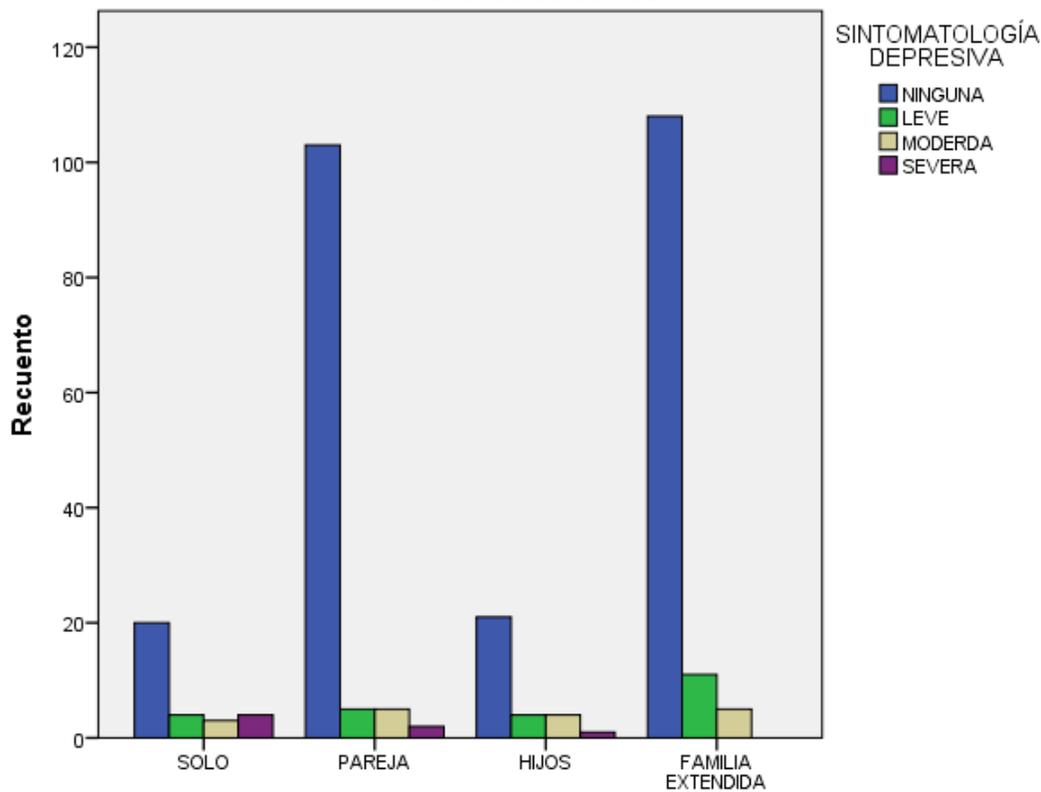


Gráfico de barras



ESTRUCTURA FAMILIAR

Pacientes con sintomatología depresiva: 33.3% cuentan con familia extendida, 25% vive con su pareja, 22.9% viven solos, 18.75% viven sólo con sus hijos.

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				Total	
		NINGUNA	LEVE	MODERDA	SEVERA		
ESTRUCTURA FAMILIAR	SOLO	Recuento	20 _a	4 _a	3 _{a, b}	4 _b	31
		% dentro de ESTRUCTURA FAMILIAR	64.5%	12.9%	9.7%	12.9%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	7.9%	16.7%	17.6%	57.1%	10.3%
		% del total	6.7%	1.3%	1.0%	1.3%	10.3%
	PAREJA	Recuento	103 _a	5 _a	5 _a	2 _a	115
		% dentro de ESTRUCTURA FAMILIAR	89.6%	4.3%	4.3%	1.7%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	40.9%	20.8%	29.4%	28.6%	38.3%
		% del total	34.3%	1.7%	1.7%	0.7%	38.3%
	HIJOS	Recuento	21 _a	4 _{a, b}	4 _b	1 _{a, b}	30
		% dentro de ESTRUCTURA FAMILIAR	70.0%	13.3%	13.3%	3.3%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	8.3%	16.7%	23.5%	14.3%	10.0%
		% del total	7.0%	1.3%	1.3%	0.3%	10.0%
FAMILIA EXTENDIDA	Recuento	108 _a	11 _a	5 _{a, b}	0 _b	124	
	% dentro de ESTRUCTURA FAMILIAR	87.1%	8.9%	4.0%	0.0%	100.0%	
	% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	42.9%	45.8%	29.4%	0.0%	41.3%	
	% del total	36.0%	3.7%	1.7%	0.0%	41.3%	
Total	Recuento	252	24	17	7	300	
	% dentro de ESTRUCTURA FAMILIAR	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%	
	% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%	

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29.668 ^a	9	.000
Razón de verosimilitudes	24.132	9	.004
N de casos válidos	300		

a. 8 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .70.

NIVEL SOCIOECONÓMICO

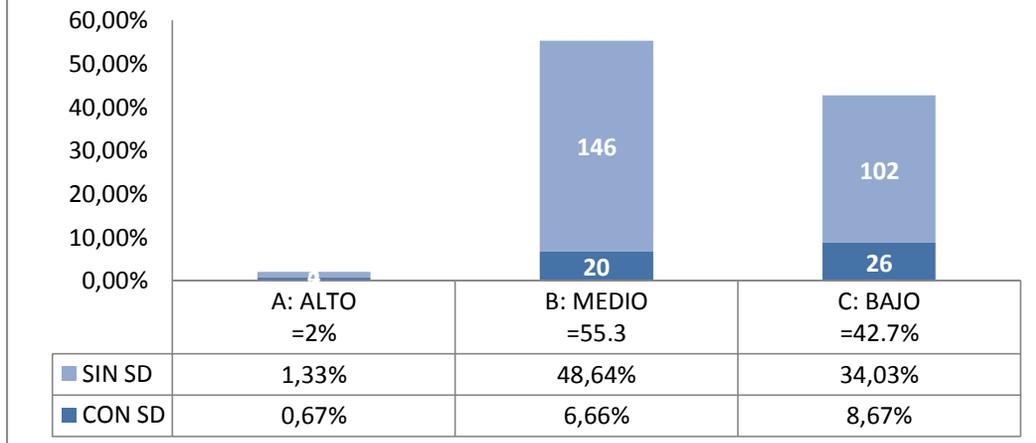
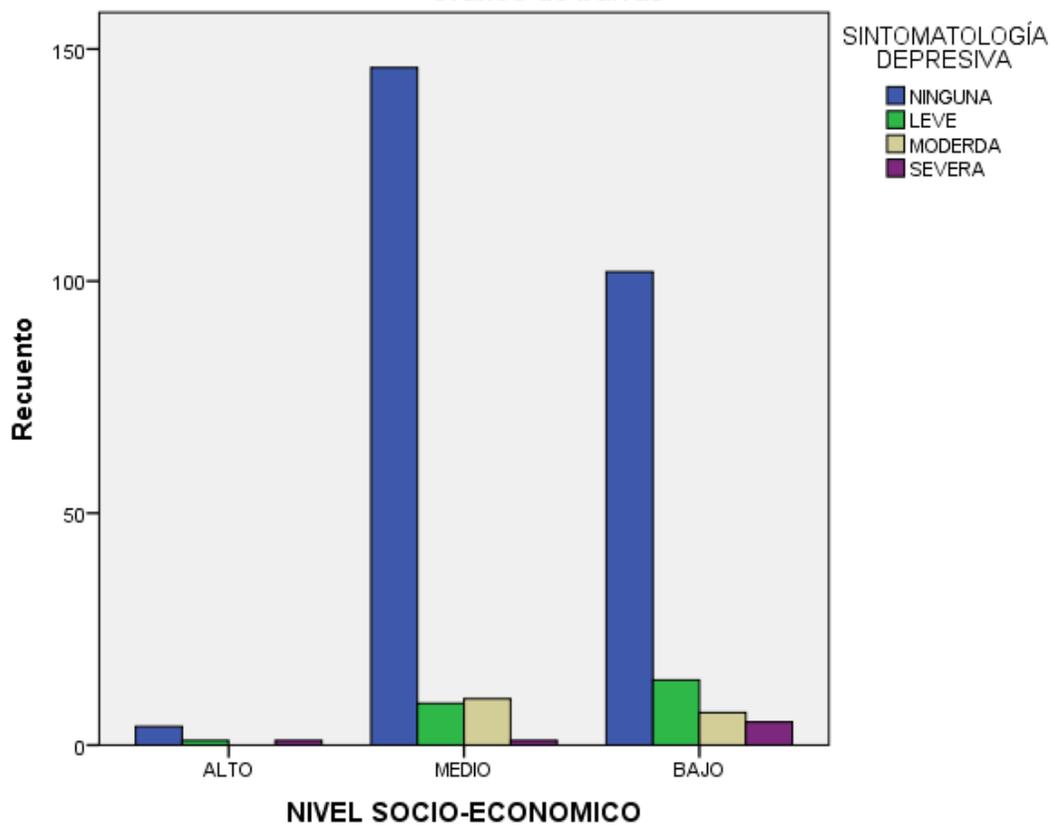


Gráfico de barras



Pacientes con sintomatología depresiva: 4.17% tiene nivel socioeconómico alto, 41.67% tiene nivel socioeconómico medio, 54.16% tienen nivel socioeconómico bajo.

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				Total	
		NINGUNA	LEVE	MODERDA	SEVERA		
NIVEL SOCIO-ECONOMICO	ALTO	Recuento	4 _a	1 _{a, b}	0 _{a, b}	1 _b	6
		% dentro de NIVEL SOCIO-ECONOMICO	66.7%	16.7%	0.0%	16.7%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	1.6%	4.2%	0.0%	14.3%	2.0%
		% del total	1.3%	0.3%	0.0%	0.3%	2.0%
		Recuento	146 _a	9 _{a, b}	10 _a	1 _b	166
		% dentro de NIVEL SOCIO-ECONOMICO	88.0%	5.4%	6.0%	0.6%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	57.9%	37.5%	58.8%	14.3%	55.3%
		% del total	48.7%	3.0%	3.3%	0.3%	55.3%
		Recuento	102 _a	14 _a	7 _a	5 _a	128
		% dentro de NIVEL SOCIO-ECONOMICO	79.7%	10.9%	5.5%	3.9%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	40.5%	58.3%	41.2%	71.4%	42.7%
		% del total	34.0%	4.7%	2.3%	1.7%	42.7%
Total		Recuento	252	24	17	7	300
		% dentro de NIVEL SOCIO-ECONOMICO	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%	

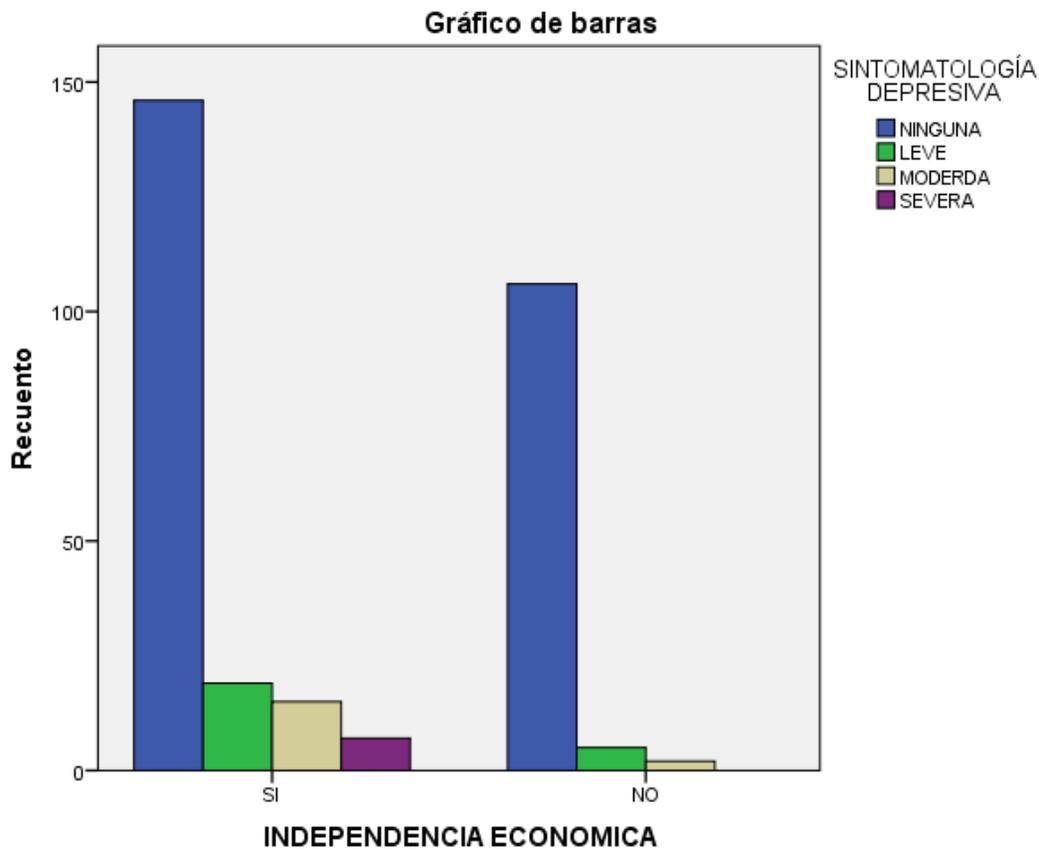
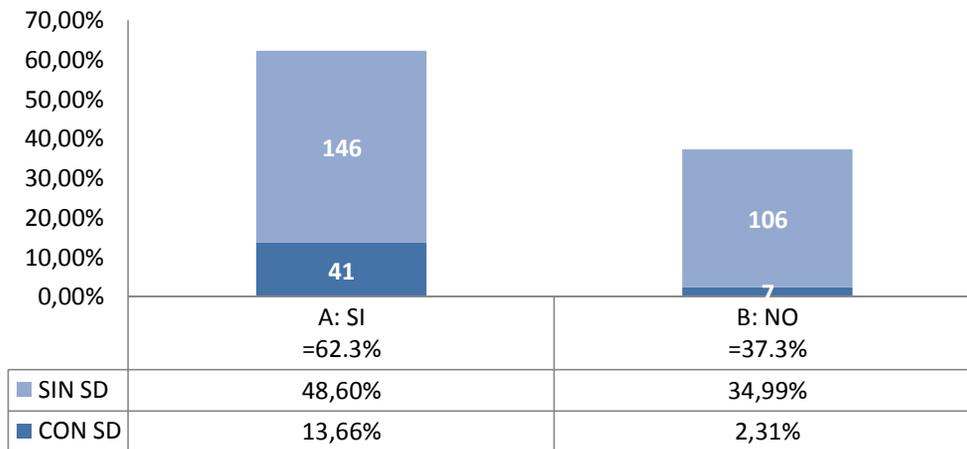
Cada letra de subíndice indica un subconjunto de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13.288 ^a	6	.039
Razón de verosimilitudes	11.148	6	.084
N de casos válidos	300		

a. 5 casillas (41.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .14.

DEPENDENCIA ECONÓMICA



Pacientes con sintomatología depresiva: 85.42% tienen dependencia económica, 14.58% no. Con una razón de 5.85 con dependencia económica por cada 1 sin dependencia económica.

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				Total	
		NINGUNA	LEVE	MODERDA	SEVERA		
INDEPENDENCIA ECONOMICA	SI	Recuento	146 _a	19 _b	15 _b	7 _b	187
		% dentro de INDEPENDENCIA ECONOMICA	78.1%	10.2%	8.0%	3.7%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	57.9%	79.2%	88.2%	100.0%	62.3%
		% del total	48.7%	6.3%	5.0%	2.3%	62.3%
	NO	Recuento	106 _a	5 _b	2 _b	0 _b	113
		% dentro de INDEPENDENCIA ECONOMICA	93.8%	4.4%	1.8%	0.0%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	42.1%	20.8%	11.8%	0.0%	37.7%
		% del total	35.3%	1.7%	0.7%	0.0%	37.7%
	Total	Recuento	252	24	17	7	300
		% dentro de INDEPENDENCIA ECONOMICA	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%
	% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%	

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

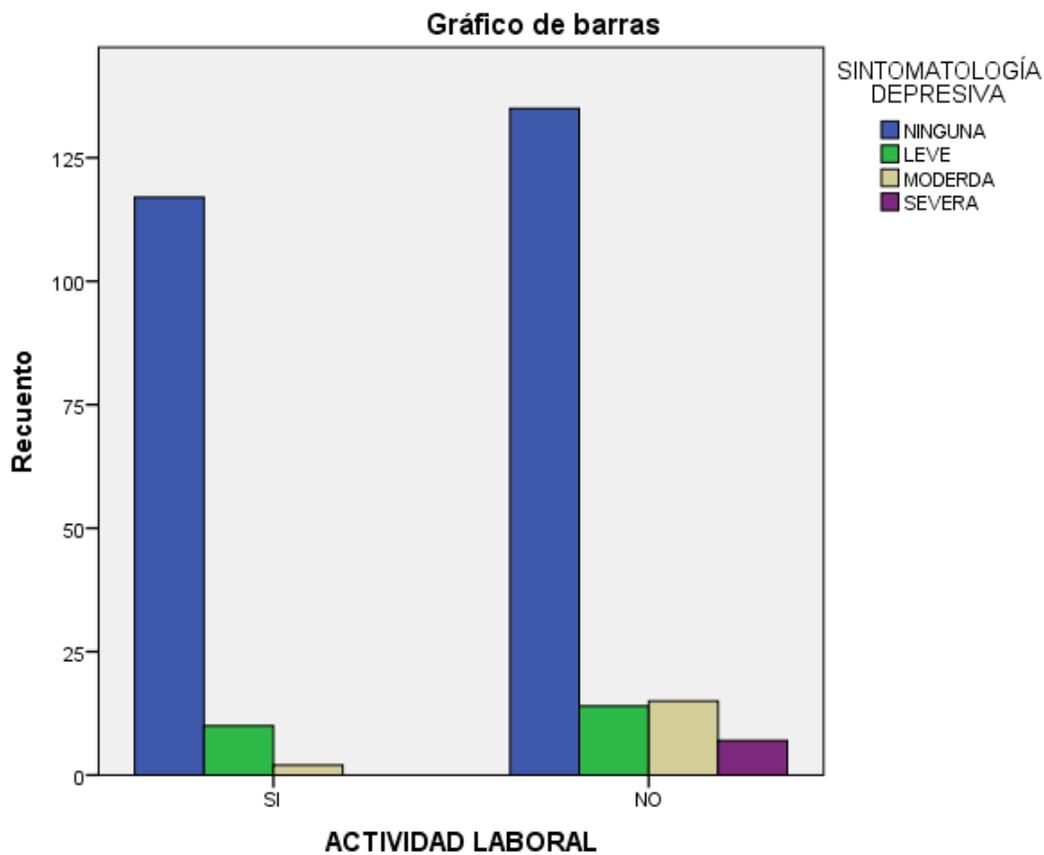
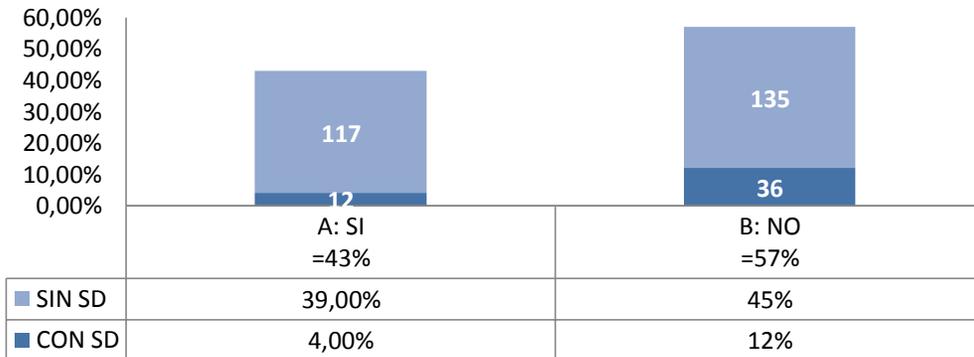
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.059 ^a	3	.003
Razón de verosimilitudes	17.596	3	.001
N de casos válidos	300		

a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.64.

OR=4.25

ACTIVIDAD LABORAL REMUNERADA ECONÓMICAMENTE



Pacientes con sintomatología depresiva 25% tiene actividad laboral remunerada económicamente, 75% no. Con una razón de 1 paciente con actividad laboral remunerada económicamente por cada 3 que no la tienen.

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				Total	
		NINGUNA	LEVE	MODERDA	SEVERA		
ACTIVIDAD LABORAL	SI	Recuento	117 _a	10 _a	2 _b	0 _b	129
		% dentro de ACTIVIDAD LABORAL	90.7%	7.8%	1.6%	0.0%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	46.4%	41.7%	11.8%	0.0%	43.0%
		% del total	39.0%	3.3%	0.7%	0.0%	43.0%
	NO	Recuento	135 _a	14 _a	15 _b	7 _b	171
		% dentro de ACTIVIDAD LABORAL	78.9%	8.2%	8.8%	4.1%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	53.6%	58.3%	88.2%	100.0%	57.0%
		% del total	45.0%	4.7%	5.0%	2.3%	57.0%
	Total	Recuento	252	24	17	7	300
		% dentro de ACTIVIDAD LABORAL	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%
	% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%	

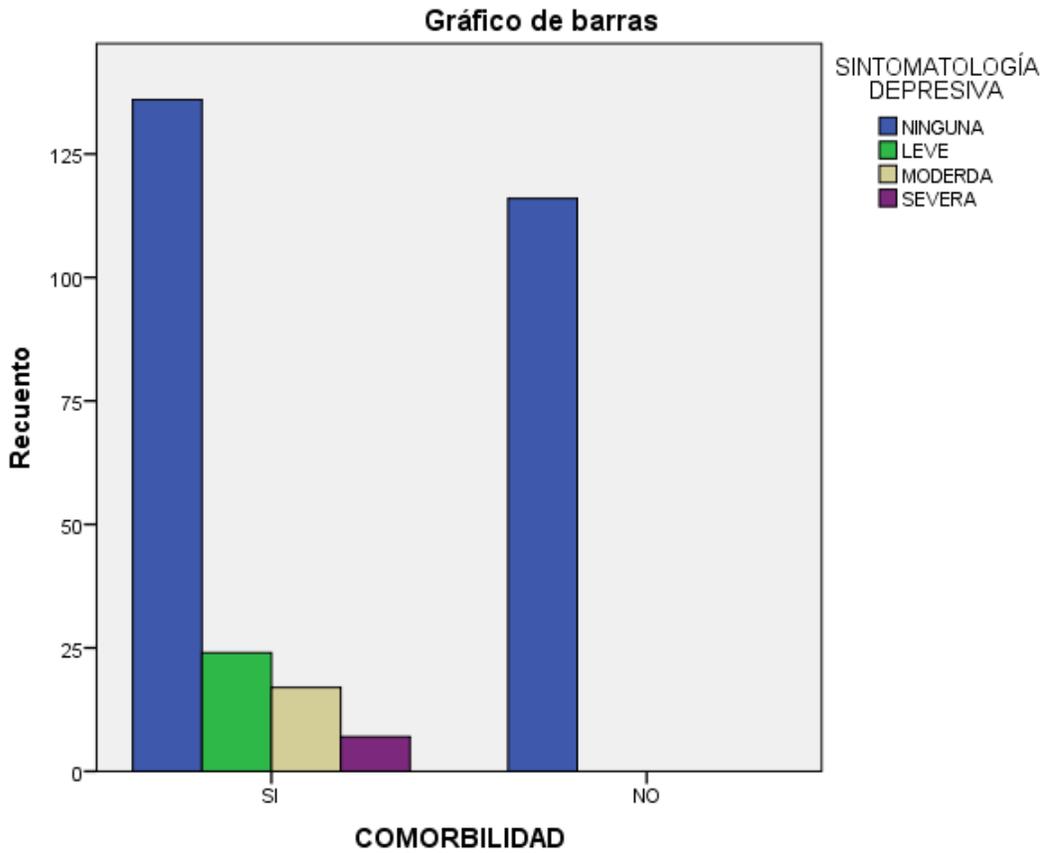
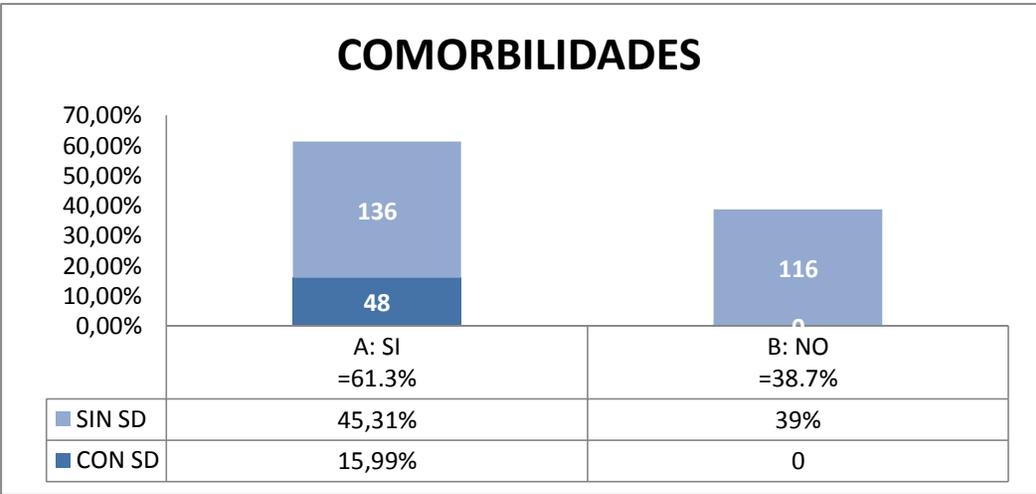
Cada letra de subíndice indica un subconjunto de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13.274 ^a	3	.004
Razón de verosimilitudes	17.013	3	.001
N de casos válidos	300		

a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.01.

OR=0.38



Pacientes con sintomatología depresiva 100% tienen comorbilidades. Con una proporción de 1/1 (48 de 48).

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				Total	
		NINGUNA	LEVE	MODERDA	SEVERA		
COMORBILIDAD	SI	Recuento	136 _a	24 _b	17 _b	7 _b	184
		% dentro de COMORBILIDAD	73.9%	13.0%	9.2%	3.8%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	54.0%	100.0%	100.0%	100.0%	61.3%
		% del total	45.3%	8.0%	5.7%	2.3%	61.3%
	NO	Recuento	116 _a	0 _b	0 _b	0 _b	116
		% dentro de COMORBILIDAD	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	46.0%	0.0%	0.0%	0.0%	38.7%
		% del total	38.7%	0.0%	0.0%	0.0%	38.7%
	Total	Recuento	252	24	17	7	300
		% dentro de COMORBILIDAD	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

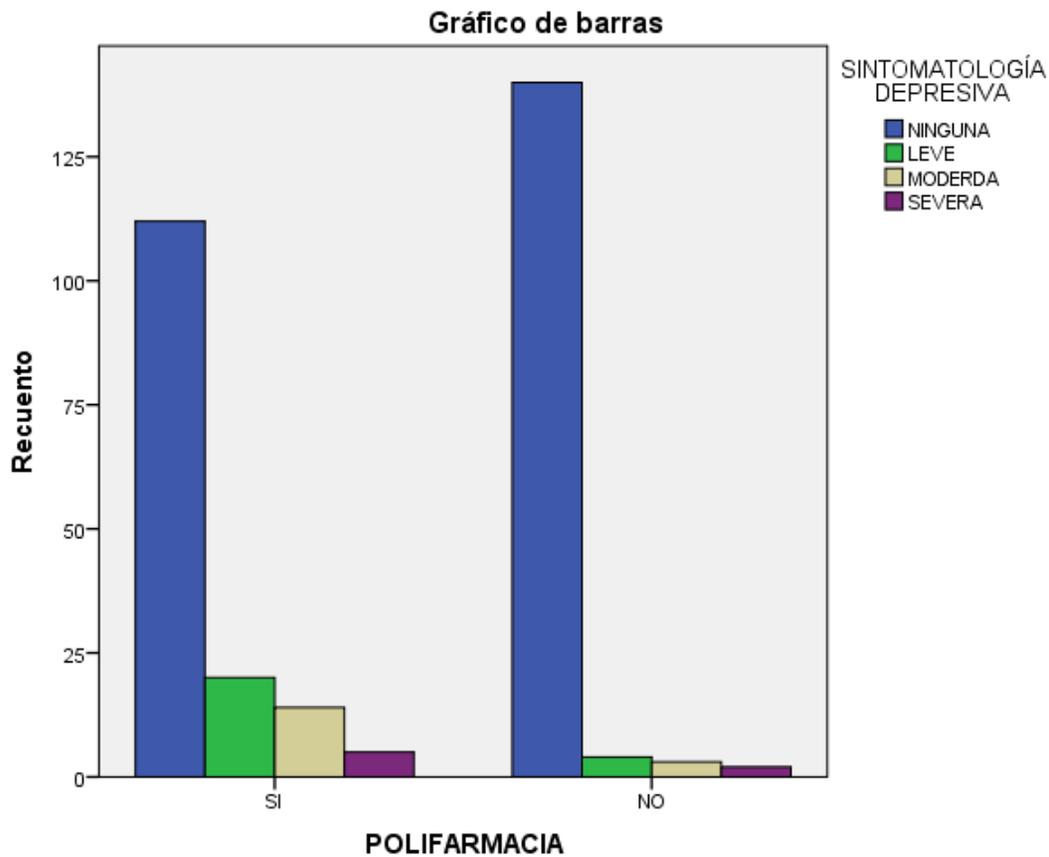
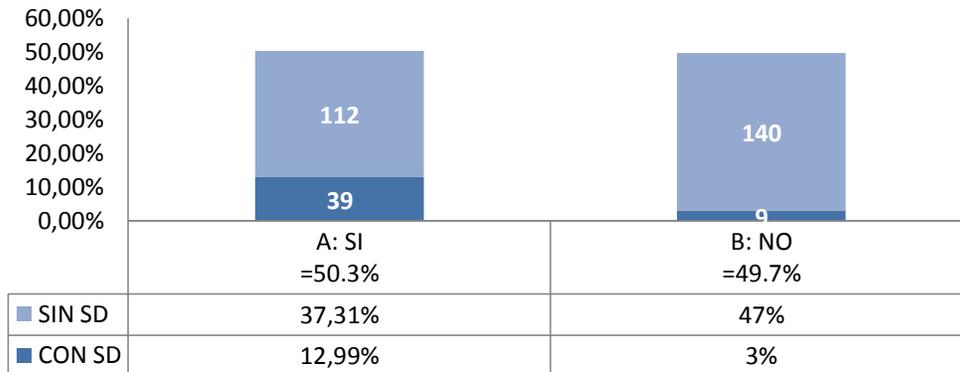
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36.025 ^a	3	.000
Razón de verosimilitudes	52.583	3	.000
N de casos válidos	300		

a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.71.

OR=0

POLIFARMACIA



Pacientes con sintomatología depresiva 81.25% presentan polifarmacia, 18.75% no. Con una razón de 13 pacientes con polifarmacia por cada 3 pacientes sin ella.

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				Total	
		NINGUN A	LEVE	MODERDA	SEVERA		
POLIFARMACIA	SI	Recuento	112 _a	20 _b	14 _b	5 _{a, b}	151
		% dentro de POLIFARMACIA	74.2%	13.2%	9.3%	3.3%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	44.4%	83.3%	82.4%	71.4%	50.3%
		% del total	37.3%	6.7%	4.7%	1.7%	50.3%
	NO	Recuento	140 _a	4 _b	3 _b	2 _{a, b}	149
		% dentro de POLIFARMACIA	94.0%	2.7%	2.0%	1.3%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	55.6%	16.7%	17.6%	28.6%	49.7%
		% del total	46.7%	1.3%	1.0%	0.7%	49.7%
	Total	Recuento	252	24	17	7	300
		% dentro de POLIFARMACIA	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%
	% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%	

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

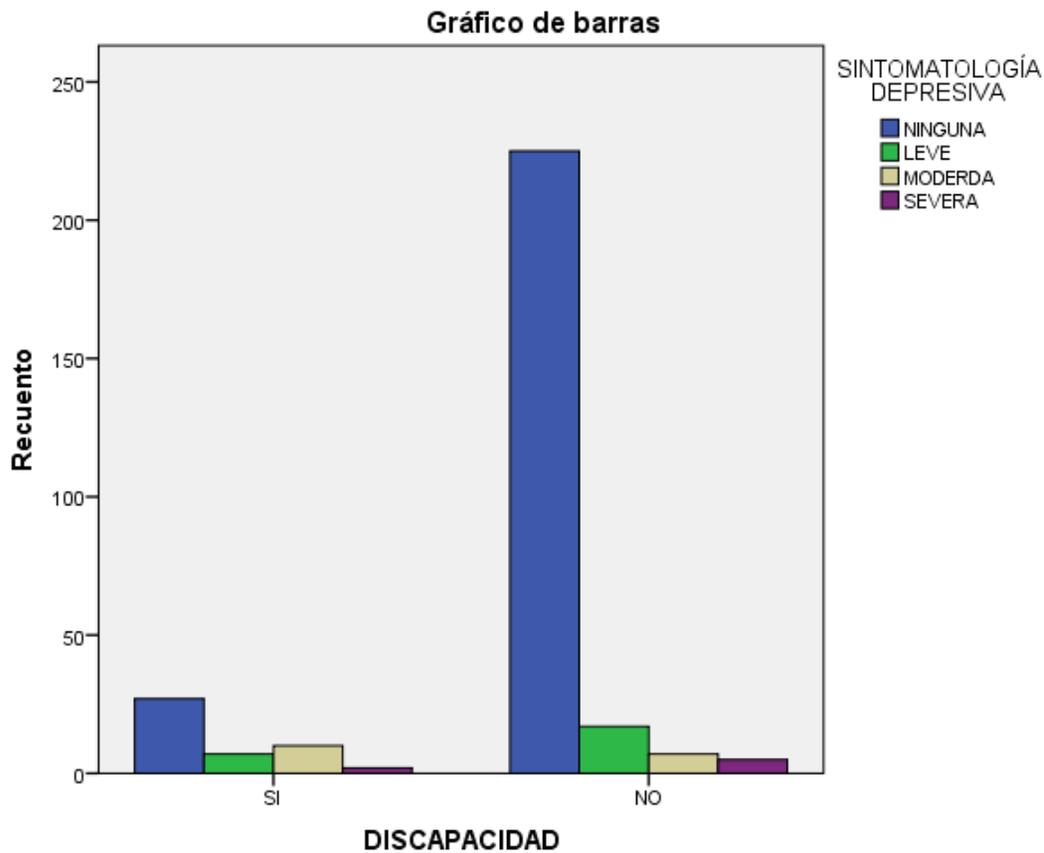
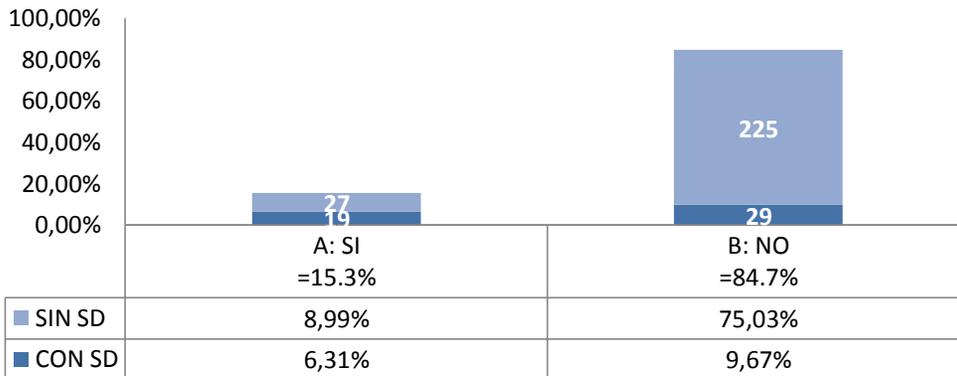
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22.169 ^a	3	.000
Razón de verosimilitudes	23.800	3	.000
N de casos válidos	300		

a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.48.

OR:5.41

DISCAPACIDAD



Pacientes con sintomatología depresiva 39.58% presentan algún tipo de discapacidad y el 60.42% no. Con una razón de 1 paciente con discapacidad por cada 1.52 sin ella.

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				Total	
		NINGUNA	LEVE	MODERDA	SEVERA		
DISCAPACIDAD	SI	Recuento	27 _a	7 _b	10 _b	2 _{a, b}	46
		% dentro de DISCAPACIDAD	58.7%	15.2%	21.7%	4.3%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	10.7%	29.2%	58.8%	28.6%	15.3%
		% del total	9.0%	2.3%	3.3%	0.7%	15.3%
	NO	Recuento	225 _a	17 _b	7 _b	5 _{a, b}	254
		% dentro de DISCAPACIDAD	88.6%	6.7%	2.8%	2.0%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	89.3%	70.8%	41.2%	71.4%	84.7%
		% del total	75.0%	5.7%	2.3%	1.7%	84.7%
	Total	Recuento	252	24	17	7	300
		% dentro de DISCAPACIDAD	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

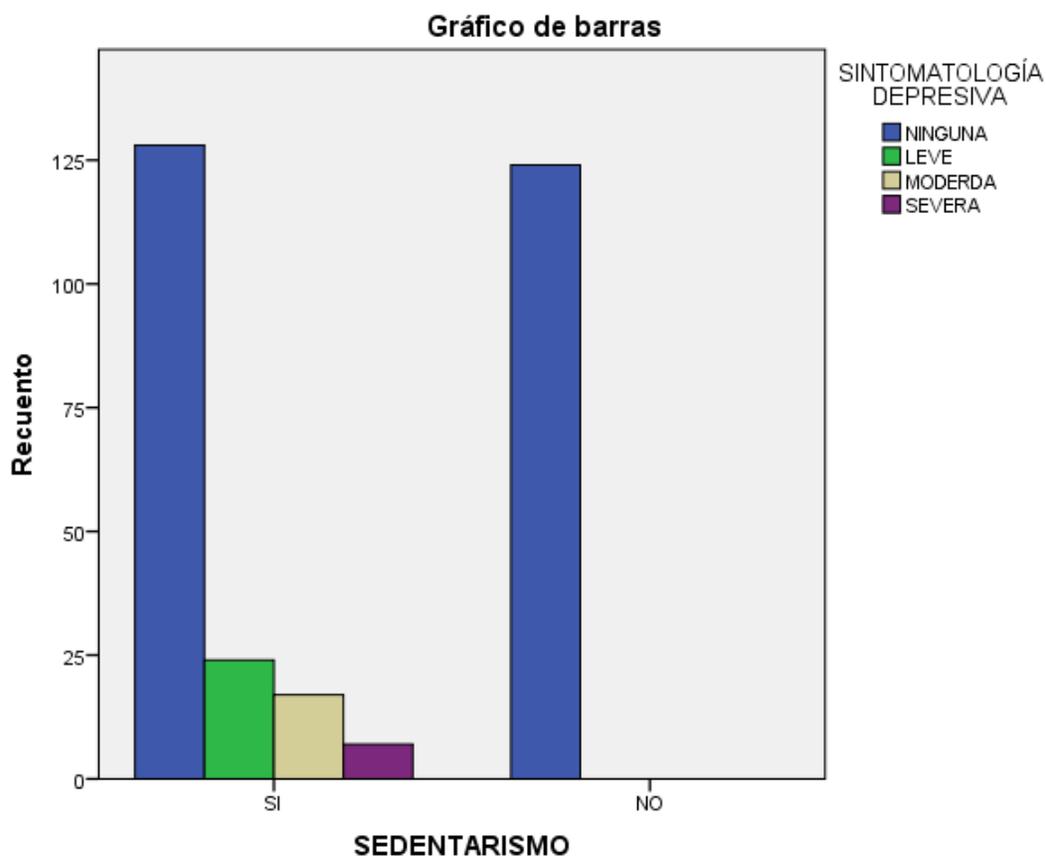
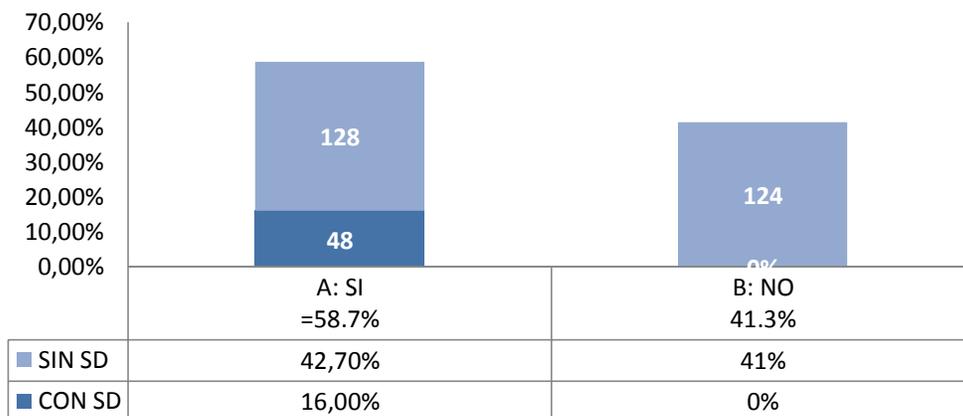
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33.392 ^a	3	.000
Razón de verosimilitudes	25.072	3	.000
N de casos válidos	300		

a. 3 casillas (37.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.07.

OR=5.45

SEDENTARISMO



Pacientes con sintomatología depresiva: 100% tienen vida sedentaria. Con una proporción de 1/1 (48 de 48).

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				Total		
		NINGUNA	LEVE	MODERDA	SEVERA			
SEDENTARISMO	SI	Recuento	128 _a	24 _b	17 _b	7 _b	176	
		% dentro de SEDENTARISMO	72.7%	13.6%	9.7%	4.0%	100.0%	
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	50.8%	100.0%	100.0%	100.0%	58.7%	
		% del total	42.7%	8.0%	5.7%	2.3%	58.7%	
	NO	Recuento	124 _a	0 _b	0 _b	0 _b	124	
		% dentro de SEDENTARISMO	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	49.2%	0.0%	0.0%	0.0%	41.3%	
		% del total	41.3%	0.0%	0.0%	0.0%	41.3%	
	Tot	al	Recuento	252	24	17	7	300
		% dentro de SEDENTARISMO	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%	
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
		% del total	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%	

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

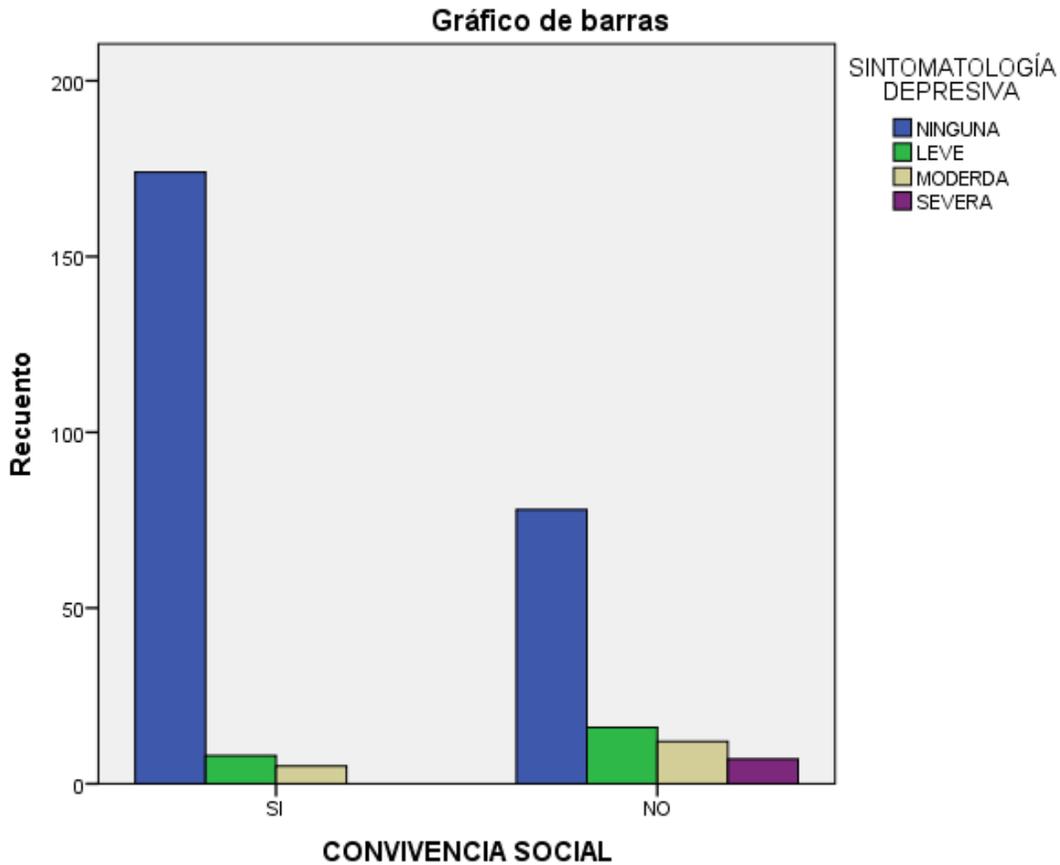
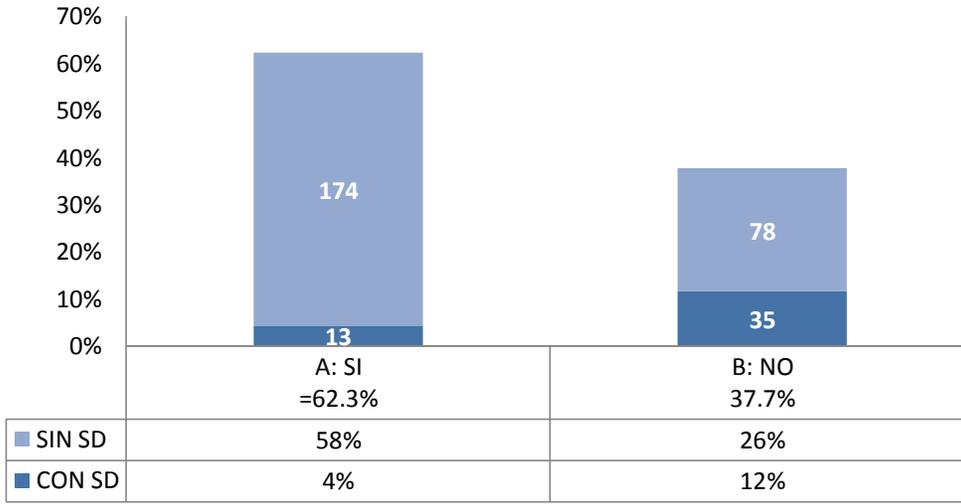
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40.260 ^a	3	.000
Razón de verosimilitudes	57.547	3	.000
N de casos válidos	300		

a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.89.

OR=0

CONVIVENCIA SOCIAL



Pacientes con sintomatología depresiva 27.08% realizan actividades de convivencia social, 72.92% no. Con una razón de 1 con convivencia social por cada 2.7 sin ella.

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				Total	
		NINGUNA	LEVE	MODERDA	SEVERA		
CONVIVENCIA SOCIAL	SI	Recuento	174 _a	8 _b	5 _b	0 _b	187
		% dentro de CONVIVENCIA SOCIAL	93.0%	4.3%	2.7%	0.0%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	69.0%	33.3%	29.4%	0.0%	62.3%
		% del total	58.0%	2.7%	1.7%	0.0%	62.3%
	NO	Recuento	78 _a	16 _b	12 _b	7 _b	113
		% dentro de CONVIVENCIA SOCIAL	69.0%	14.2%	10.6%	6.2%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	31.0%	66.7%	70.6%	100.0%	37.7%
		% del total	26.0%	5.3%	4.0%	2.3%	37.7%
	Total	Recuento	252	24	17	7	300
		% dentro de CONVIVENCIA SOCIAL	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%
	% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%	

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

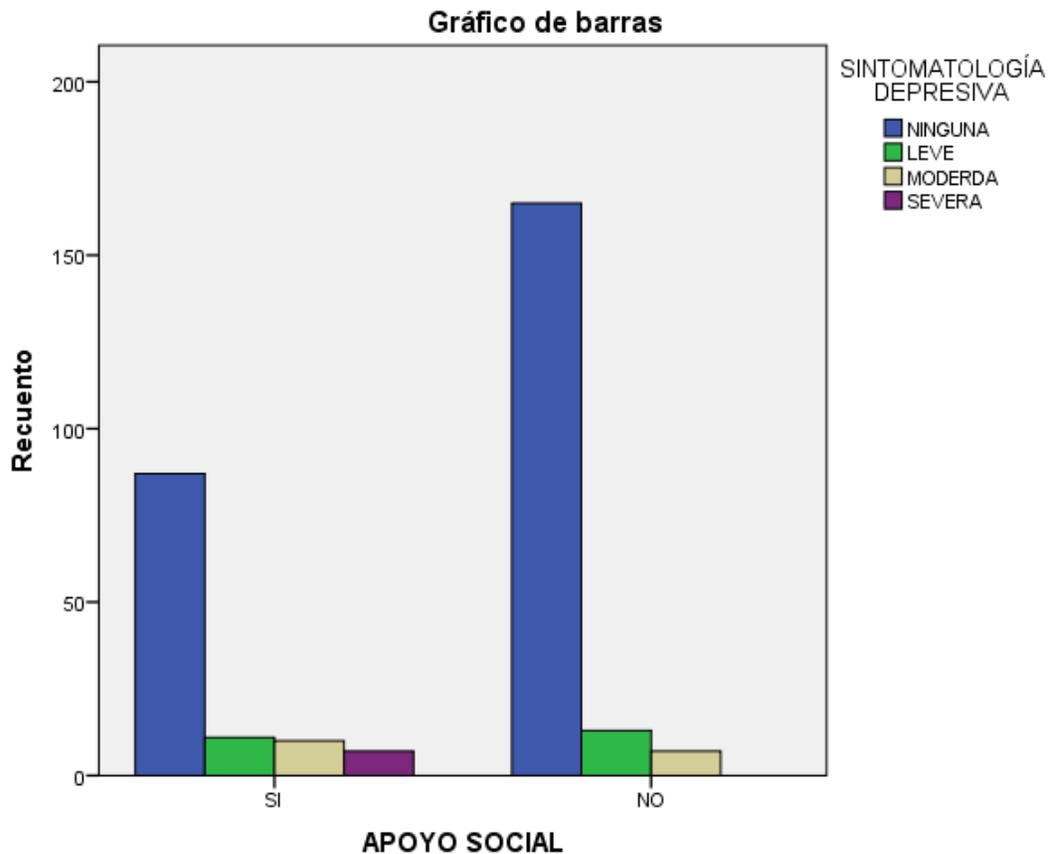
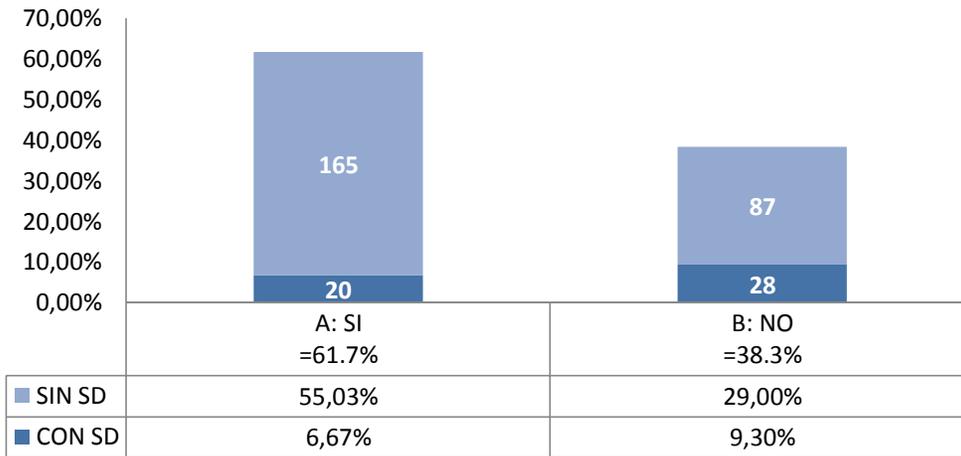
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32.867 ^a	3	.000
Razón de verosimilitudes	34.461	3	.000
N de casos válidos	300		

a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.64.

OR= 0.16

APOYO SOCIAL



Pacientes con sintomatología depresiva: 41.7% cuenta con algún tipo de ayuda social, 58.3% no. Con una razón de 5 pacientes con apoyo social por cada 7 sin éste.

		SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA				Total	
		NINGUNA	LEVE	MODERDA	SEVERA		
APOYO SOCIAL	SI	Recuento	87 _a	11 _{a, b}	10 _b	7 _c	115
		% dentro de APOYO SOCIAL	75.7%	9.6%	8.7%	6.1%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	34.5%	45.8%	58.8%	100.0%	38.3%
		% del total	29.0%	3.7%	3.3%	2.3%	38.3%
	NO	Recuento	165 _a	13 _{a, b}	7 _b	0 _c	185
		% dentro de APOYO SOCIAL	89.2%	7.0%	3.8%	0.0%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	65.5%	54.2%	41.2%	0.0%	61.7%
		% del total	55.0%	4.3%	2.3%	0.0%	61.7%
	Total	Recuento	252	24	17	7	300
		% dentro de APOYO SOCIAL	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%
		% dentro de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	84.0%	8.0%	5.7%	2.3%	100.0%

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel .05.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.398 ^a	3	.001
Razón de verosimilitudes	18.462	3	.000
N de casos válidos	300		

a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.68.

OR=0.37

XI. DISCUSIÓN

Esta investigación ha tenido como propósito determinar la presencia de factores asociados a sintomatología depresiva en los adultos mayores de la comunidad de Llano de Zacapexco, Villa del Carbón, Estado de México en 2013.

De los resultados obtenidos en esta investigación con un total de muestra de 300 personas, el 16% (48 personas) presentan algún grado de sintomatología depresiva determinado por el cuestionario Yesavage, mientras que el 84% (252 personas) no la presenta. La razón obtenida es 1:5.25. OR=2.53.

Del total de pacientes adultos mayores que presentaron sintomatología depresiva el 11% fueron mujeres y 5% hombres; y sin sintomatología depresiva 39% mujeres y 45% hombres. De los cuales 22% del total de mujeres y 10% del total de hombres presentaron sintomatología depresiva. Obteniendo una proporción de 2.2 mujeres por cada hombre. La razón es 2.2:1.

Por grupo de edad, los pacientes entre 60 a 69 años de edad fueron el 28%, de los cuales se encontraron 5.33% con sintomatología depresiva y el 23.22% sin ella. Los de 70-79 años de edad fueron 29.3%, de los cuales se encontraron 5.66% con sintomatología depresiva y el 23.67% sin ella. Los de 80-89 años de edad fueron 23%: 3.33% con sintomatología depresiva y 19.67% sin ella. Y los de 90 y más años de edad fueron 19.7%: 1.66% con sintomatología depresiva y 18.04% sin ella. Por lo que la mayoría que presentaron sintomatología depresiva se encontraron entre 70 a 79 años de edad (19.31%), siguiendo los pacientes de 60-69 (19.04%), los de 80-89 (14.49%) y los de más de 90 años (8.47%).

Por estado civil, los pacientes solteros fue 11%: 3% con sintomatología depresiva y 8% sin ella. En unión libre 38%: 6% con sintomatología depresiva y 32% sin ella. Casados 32.3%: 3.33% con sintomatología depresiva y 28.97% sin ella. Divorciados 8.3%: 0.9% con sintomatología depresiva y 7.4% sin ella. Viudos 10.3%: 2.65% con sintomatología depresiva y 7.65% sin ella. Por lo que la mayoría de los adultos mayores vive en unión libre (38%) y casados (32.3%); y la minoría son solteros (11%), viudos (10.3%) y divorciados (8.3%); sin embargo los que más presentaron sintomatología depresiva fueron los solteros (27.27%) y los viudos (25.8%); los pacientes casados fueron los que menos sintomatología depresiva presentaron (10.31%).

Por nivel de escolaridad, el total de pacientes analfabetas fue de 6%: 2.33% con sintomatología depresiva y 3.67% sin ella. Los que sólo saben leer y escribir fueron 31%: 5.66% con sintomatología depresiva y 25.34% sin ella. Los que tienen primaria concluida fueron 37.7%: 5.33% con sintomatología depresiva y 32.37% sin ella. Con secundaria concluida 19.6%: 1.66% con sintomatología depresiva y 17.94% sin ella. Con nivel medio superior concluido 5%: 1% con sintomatología depresiva y 4% sin ella. Con nivel superior concluido 0.7% y ninguno de ellos presentó sintomatología depresiva. Obteniendo que la mayoría de pacientes con sintomatología depresiva fueron los que sólo saben leer y escribir (35.4%), seguido por los que concluyeron

primaria (33.3%), los analfabetas (14.6%), los de secundaria (10.4%), los que tienen nivel medio superior (6.25%) y ninguno de los que tiene estudios superiores.

Por constitución familiar, el total de pacientes que vive solo fue de 10.3%: 3.65% con sintomatología depresiva y 6.65% sin ella. Los que viven sólo con su pareja fueron 38.3%: 3.99% con sintomatología depresiva y 34.31% sin ella. Los que viven con sus hijos fueron el 10%: 3% con sintomatología depresiva y 7% sin ella. Los que viven en familia extensa con su pareja e hijos y nietos fueron el 41.4%: 5.34% con sintomatología depresiva y 36.06% sin ella. La mayoría de los adultos mayores viven en familia extensa (41.4%) y en pareja (38.3%) y la minoría vive solo (10.3%) o solo con sus hijos (10%); sin embargo los que mayor porcentaje de sintomatología depresiva presentaron fueron los que viven solos (35.48% del total de los que viven solos) y los que viven sólo con sus hijos (30% del total de los que viven con sus hijos), y los que menor sintomatología depresiva presentaron fueron los que viven sólo con su pareja (10.43% del total de los que viven solo con su pareja) o en familia extensa (12.9% de los que viven en familia extensa).

Por nivel socioeconómico, el total de pacientes con nivel socioeconómico alto fue de 2%: 0.67% con sintomatología depresiva y 1.33% sin ella. Los de nivel socioeconómico medio fueron 55.3%: 6.66% con sintomatología depresiva y 48.64% sin ella. Los de nivel socioeconómico bajo fueron el 42.7%: 8.67% con sintomatología depresiva y 34.03% sin ella. Los pacientes que presentaron menor sintomatología depresiva fueron los de nivel socioeconómico alto (0.67%), seguidos por los de nivel socioeconómico medio (6.66%) y los de bajo (8.67%).

Por dependencia económica, el total de pacientes dependientes fue 62.3%: 13.66% con sintomatología depresiva y 48.6% sin ella. Los independientes económicos fueron 37.7%: 2.31% con sintomatología depresiva y 34.99% sin ella. Los pacientes con independencia económica representaron aproximadamente la tercera parte del total; sin embargo, presentaron menor porcentaje de sintomatología depresiva con un 6.1% del total de los pacientes independientes económicamente contra un 21.9% del total de los pacientes dependientes económicamente. La razón fue de 5.85:1. OR=4.25.

El total de pacientes con actividad remunerada económicamente fue de 43%: 4% con sintomatología depresiva y 39% sin ella. Los pacientes sin actividad remunerada económicamente fueron 57%: 12% con sintomatología depresiva y 45% sin ella. El 57% de los adultos mayores no realizaron alguna actividad laboral remunerada económicamente sin embargo son los que presentaron mayor sintomatología depresiva con un 12%. Con una razón de 1:3. OR=0.38.

Por presencia de comorbilidades, el total de pacientes que presentaron algún tipo de comorbilidad fue 61.3%: 15.99% con sintomatología depresiva y 45.31% sin ella. Los que no presentaron comorbilidad fueron 38.7% y ninguno presentó sintomatología depresiva. El 61.3% de pacientes presentaron comorbilidades, de los cuales 26.08% tuvieron sintomatología depresiva; y el 38.7% que no presentaron comorbilidades no tuvieron sintomatología depresiva. Con una proporción de 1:1. OR=0.

El total de pacientes que presentaron polifarmacia fue 50.3%: 12.99% con sintomatología depresiva y 37.31% sin ella. Sin polifarmacia 49.7%: 3% con sintomatología depresiva y 46.7% sin ella. Del total de pacientes adultos mayores que presentaron sintomatología depresiva 25.82% tuvieron polifarmacia y 6.04% no la presentaron. La proporción aproximada de pacientes con sintomatología depresiva son de 4.3 con polifarmacia por cada paciente sin polifarmacia. Con una razón de 13:3. OR=5.41.

El total de pacientes que presentan algún tipo de discapacidad fue de 15.3%: 6.31% con sintomatología depresiva y 8.99% sin ella. Los que no presentan algún tipo de discapacidad fueron 84.7%: 9.67% con sintomatología depresiva y 75.03% sin ella. Del total de los pacientes adultos mayores los que presentan sintomatología depresiva son el 41.3% de los que tienen algún tipo de discapacidad y el 11.41% de los que no tienen discapacidad. Con una razón de 1:1.27. OR 5.45.

El total de pacientes que presentan sedentarismo fue 58.7%: 16% con sintomatología depresiva y 42.7% sin ella. Los que no presentan sedentarismo fueron 41.3%, de los cuales ninguno presenta sintomatología depresiva. Los pacientes adultos mayores que presentaron sintomatología depresiva fueron el 27.27% de los sedentarios y 0% de los no sedentarios. Con una proporción de 1:1. OR=0.

El total de pacientes que tuvieron convivencia social fue 62.3%: 4% con sintomatología depresiva y 58.3% sin ella. Los que no presentaron convivencia social fueron 37.7%: 11.7% con sintomatología depresiva y 26% sin ella. La minoría de los pacientes no conviven socialmente sin embargo ellos presentan mayor sintomatología depresiva. Con una razón de 1:1.27. OR=0.16.

El total de pacientes que tuvieron algún tipo de apoyo social fue 61.7%: 6.67% con sintomatología depresiva y 55.03% sin ella. Y los que no presentan apoyo social fueron 38.3%: 9.3% con sintomatología depresiva y 29% sin ella. Obteniendo que los pacientes que no reciben apoyo social presentan mayor porcentaje de sintomatología depresiva (9.3%) que aquellos que sí lo reciben (6.67%). Con una razón de 5:7. OR=0.37.

XII. CONCLUSIONES

Los factores asociados a sintomatología depresiva en los adultos mayores de la comunidad de Llano de Zacapexco, Villa del Carbón, fueron:

- Biológicos:
 - mujer
 - 70-79 años de edad
- Socioculturales:
 - soltero o viudo
 - analfabeta
 - vivir solo o con sus hijos
 - no tener convivencia social
- Económicos:
 - nivel socioeconómico bajo
 - dependiente económico
 - no tener actividad laboral remunerada económicamente
 - no recibir algún tipo de apoyo social
- Factores de comportamiento determinantes de salud actual:
 - comorbilidades positivas
 - polifarmacia positiva
 - discapacidad positiva
 - sedentarismo positivo

XIII. RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, realizamos las siguientes recomendaciones a las autoridades políticas y de salud pública de la comunidad de Llano de Zacapexco, Villa del Carbón:

- Fomentar la convivencia familiar y social a través de la creación de grupos que realicen actividades artísticas, deportivas y de esparcimiento de esta forma se pueden mejorar las relaciones familiares y sociales de los adultos mayores así como combatir el sedentarismo y prevenir complicaciones de las comorbilidades presentes en adultos mayores.
- Crear grupos de educación primaria, secundaria y capacitación de oficios en adultos mayores; para mejorar el nivel de escolaridad de la población.
- Buscar integrar este grupo etéreo al sector laboral, de tal manera que los adultos mayores obtengan un ingreso económico, disminuyendo la dependencia económica.
- Difundir resultados del presente trabajo de investigación para crear conciencia en los trabajadores de la salud y la sociedad.

El presente trabajo de investigación al ser descriptivo queda sujeto a nuevas aplicaciones en diferentes comunidades para investigación.

XIV. BIBLIOGRAFÍA:

1. Pita Fernández S, Vila Alonso MT, Carpena Montero J. Determinación de factores de riesgo Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Cad Aten Primaria 1997; 4: 75-78. Actualización 19/10/2002.
2. Organización Mundial de la Salud. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Ginebra Suiza.
3. Fletcher R.H., Fletcher S.W., Wagner E.H. Epidemiología clínica. Barcelona: Ediciones Consulta; 1989.
4. Enfoque Epidemiológico de riesgo en la atención primaria a la Salud, Manual sobre el enfoque de Riesgo en la atención Materno –Infantil. 2º Edición Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud, Número 7, Capítulo 2, pp 12-36, México 1999.
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia/22.pdf>
5. Pita Fernández S. Epidemiología. Conceptos básicos. En: Tratado de epidemiología clínica. Madrid: DuPont Pharma; 1995.
6. Organización Mundial de la Salud. (1998). *Programa sobre Envejecimiento y Salud*, Appia 20 CH_1211 Ginebra (Suiza).
7. El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). *Estado Mundial de la población 2011*. http://foweb.unfpa.org/SWP2011/reports/SP-SWOP2011_Final.pdf, junio de 2013, p. 1.
8. Partida, Virgilio. (2005) *La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Papeles de Población*. Universidad Autónoma del Estado de México; 45:9-27.
9. *Resultados Nacionales de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición México*, 2012.
10. *Cálculos a partir de la información del Censo de Población y Vivienda, 2010* (INEGI).
11. Harrison. (2008) *Principios de medicina interna AAVV*, XVII Edición, Mc Graw Hill Interamericana,
12. Acosta Quiroz, Christian Oswaldo *et al*. *Actividades de la vida diaria y envejecimiento exitoso*. Instituto de Geriátria.
13. Timiras, Paola S. (1997) *Bases fisiológicas del envejecimiento y Geriátria*, 2da edición, Editorial Masson, S. A.
14. González, César A. y Ham-Chande, Roberto. (2007) *Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México*. Salud Pública Méx; 49 supl 4:S448-S458.
15. Rodríguez García Rosalía *et al*. (2011) *Práctica de la Geriátria. El proceso de envejecimiento*. 3ra edición. Mc Graw Hill,. Pp. 22-25
16. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG). (2006) *Tratado de Geriátria para Residentes*. Coordinación editorial: *International Marketing & Communication*, S.A. (IM&C) ISBN: 84-689-8949-5.
17. Salud mental. (septiembre de 2007) *Guías Clínicas Terapéuticas Interinstitucionales*. Toluca, México. Instituto de Salud del Estado de México

18. Dueñas Eliana, M.D., María Anggelina Martínez, M.D., Benjamín Morales, M.D., Claudia Muñoz, M.D., Ana Sofía Viáfara, M.D., Julián A. Herrera, M.D. SCielo (Abril-junio 2006). *Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales*, Vol. 37 N° 2 (Supl 1).
19. Hall, Ramírez Victoria. (2003). *Depresión, fisiopatología y tratamiento*. INIFAR-Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica.
20. IMSS 194-10 (2011) Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en Primer nivel de Atención.
21. Álvaro Estramiana José Luis, Garrido Luque Alicia, Schweiger Gallo Inge (2010). *Causas sociales de la depresión*, Revista Internacional de Sociología, VOL. 68. N° 2, mayo-agosto, 333-348. ISSN: 0034-9712. doi: 10.3989/ris.2008.06.08.
22. Castro Lizárraga Marcos, Ramírez Zamora Serafín, Aguilar Morales Luis Víctor, Díaz de Anda Víctor Manuel. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. Octubre-diciembre, 132-137, 39 (4). SEDENA, México.
23. Katona C, Watkin V, Livingstone G. (2003) *Functional Psychiatric illness in old age*. En: *Brocklehurst's textbook of Geriatric medicine and gerontology*. Tails R. Firit H (editors). Sexta edición London. Churchill Livingstone. 837-853.
24. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.
25. *Validation of the short form of the geriatric depression scale in the geriatric outpatient clinic at the Hospital Nacional Cayetano Heredia*, Jeanie De la Torre Maslucan, Rosa Shimabukuro Maeki , Luis Varela Pinedo , Hever Krüger Malpartida , Leandro Huayanay Falconí , Javier Cieza Zevallos, Miguel Gálvez Cano. Instituto de Gerontología Universidad Peruana Cayetano Heredia, Rev. Med. Hered. 2004.
26. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Luque Luque R. (2002) *Versión española del cuestionario de Yesevage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación*. Medifam. 12: 620-30.
27. Laguna Guerra Sandra Nohemí. (2013) *Diagnóstico de Salud de Llano de Zacapexco*, Villa del Carbón, Estado de México.
28. Kurlowiccz Leonor, PhD, RN, CS, FAAN, *University of Pennsylvania School of Nursing* y Sherry A. Greenberg, MSN, GNP-BC, *Hartford Institute of Geriatric Nursing, NYU College of Nursing*, La escala Depresión Geriátrica GDS Número 4. Revisión 2007.
29. Leshner EL, Berryhill JS. (1994) *Validation of Geriatric Depression Scale-Short form among inpatients*. *J Clinic Pshycol.*; 50(2):256-60.
30. Aguilar Navarro Sara Gloria, Fuentes Cantú Alejandro, Ávila Fuentes José Alberto, García Mayo Emilio José, Validez y confiabilidad del cuestionario ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Pública Méx.* Agosto 2007 49(4): 256-262:
www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342007000400005&ing=es.

XV. ANEXOS:

Anexo 1: Formato de Factores de riesgo psicosociales para depresión en adultos mayores.

1. Sexo	a) Masculino b) Femenino
2. Edad	a) 60-69 b) 70-79 c) 80-89 d) >90
3. Estado civil	a) Soltero b) Unión libre c) Casado d) Divorciado e) Viudo
4. Escolaridad	a) Analfabeta b) Ninguna, sabe leer y escribir c) Primaria d) Secundaria e) Medio superior f) Superior
5. Con quién vive	a) Solo b) Pareja c) Hijos d) Familia Extendida
6. Nivel socioeconómico	a) Alto b) Medio c) Bajo
7. Dependencia económica	a) Sí b) No
8. Actividad laboral remunerada	a) Sí b) No
9. Comorbilidad crónico-degenerativa	a) Sí b) No
10. Polifarmacia	a) Sí b) No
11. Discapacidad auditiva, visual, del habla o de movilidad	a) Sí b) No
12. Sedentarismo	a) Sí b) No
13. Convivencia social activa	a) Sí b) No
14. Recibe apoyo social económico o en especie	a) Sí b) No

FUENTE:

- Álvaro Estramiana José Luis, Garrido Luque Alicia, Schweiger Gallo Inge (2010). *Causas sociales de la depresión*, Revista Internacional de Sociología, VOL . 68. Nº 2, mayo-agosto, 333-348. ISSN: 0034-9712. doi: 10.3989/ris.2008.06.08.
- Castro Lizárraga Marcos, Ramírez Zamora Serafín, Aguilar Morales Luis Víctor, Díaz de Anda Víctor Manuel. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. Octubre-diciembre, 132-137, 39 (4). SEDENA, México.
- IMSS 194-10 (2011) Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión *en el Adulto Mayor en Primer nivel de Atención*.

Anexo 2

Escala de Depresión Geriátrica YESAVAGE Abreviada (Versión española) GDS VE

Marque con una X la respuesta que más se acerque a lo que usted presenta o siente.

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida? | Sí | No |
| 2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? | Sí | No |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | Sí | No |
| 4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a? | Sí | No |
| 5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? | Sí | No |
| 6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle? | Sí | No |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | Sí | No |
| 8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a? | Sí | No |
| 9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas? | Sí | No |
| 10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? | Sí | No |
| 11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo? | Sí | No |
| 12. ¿Actualmente se siente un/a inútil? | Sí | No |
| 13. ¿Se siente lleno/a de energía? | Sí | No |
| 14. ¿Se siente sin esperanza en este momento? | Sí | No |
| 15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted? | Sí | No |

PUNTUACIÓN TOTAL _____

Las respuestas que indican depresión están en negritas. Cada una de estas respuestas indica un punto.

Nombre del encuestador _____

Fuente:

Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. Medifam. 2002; 12: 620-30.