

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**TESIS DE POSGRADO**

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE  
**MEDICINA FAMILIAR**

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR  
QUE ACUDE AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HGZ NO. 1 DEL  
IMSS DE AGUASCALIENTES, AGS.**

**PRESENTA:**

**DR. SALVADOR RICARDO BARBA RIVERA**

**ASESOR:**

**DR. J. JONATHAN CEBALLOS RIVERA**

**AGUASCALIENTES, AGS. JULIO 2011.**

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES

SALVADOR RICARDO BARBA RIVERA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

**“FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HGZ NO. 1 DEL IMSS DE AGUASCALIENTES, AGS.”**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:  
**Especialista en Medicina Familiar**

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE  
“SE LUMEN PROFERRE”**

Aguascalientes, Ags., 20 de Julio de 2011.

**DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN  
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar  
c.c.p. Archivo

APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACION



CENTRO DE CIENCIAS BIOMEDICAS

DR. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACION

PRESENTE

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 "Dr. José Ávila Pardo" de la Delegación de Aguascalientes

SALVADOR RICARDO BARBA RIVERA

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HGZ NO. 1 DEL IMSS DE AGUASCALIENTES, AGS.**

No. De Registro: R-2011 – 101 – 13

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

El residente Salvador Ricardo Barba Rivera asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación.

Sin otro particular agradezco a usted la atención que se sirva presente y quedo de usted.

Atentamente.

DR. JONATHAN CEBALLOS RIVERA  
PSIQUIATRA  
MAT 9217215 CED PROF 913529  
CED ESP AEIE 16009 EGRESADO U.N AM  
JOSÉ MA. CHAVEZ 1202 COL. UNDAVISTA  
AGUASCALIENTES, AGS

DR. J. JONATHAN CEBALLOS RIVERA

C.c.p. Dr. Alejandro Farías Zaragoza. Coordinador delegacional de educación médica.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACION

Aguascalientes, Ags., a 19 de Julio de2011.

Dr. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR  
CORDINADORA DELEGACIONAL DEL CENTRO DE INVESTIGACION

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 "Dr. José Ávila Pardo" de la Delegación de Aguascalientes

SALVADOR RICARDO BARBA RIVERA

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HGZ NO. 1 DEL IMSS DE AGUASCALIENTES, AGS.**

No. De Registro: R-2011 – 101 – 13

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

El residente Salvador Ricardo Barba Rivera asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación.

Sin otro particular agradezco a usted la atención que se sirva presente y quedo de usted.

Atentamente.

DR. JONATHAN CEBALLOS RIVERA  
PSIQUIATRA  
MAT 9217215 CED PROF 913529  
ED ESP AB/E 16008 EGRESADO U.N AM  
PSE MA CHAVEZ 1202 COL. LINDAVISTA  
AGUASCALIENTES, AGS.

DR. J. JONATHAN CEBALLOS RIVERA



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES  
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR  
QUE ACUDE AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HGZ NO. 1 DEL IMSS  
DE AGUASCALIENTES, AGS.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA:**

DR. SALVADOR RICARDO BARBA RIVERA

**ASESOR:**

DR. J. JONATHAN CEBALLOS RIVERA

**SINODALES**

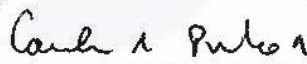
PRESIDENTE: \_\_\_\_\_

SECRETARIO: \_\_\_\_\_

SINODAL 1: \_\_\_\_\_

SINODAL 2: \_\_\_\_\_

SINODAL 3: \_\_\_\_\_



DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

**CORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN

**DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**AGRADECIMIENTOS**

**A DIOS: Por darme la vida y los seres queridos.**

**A mi familia: Por el apoyo incondicional en todos los aspectos, Gracias Mamá.**

**A mi Asesor: Dr. J. Jonathan Ceballos. Por la paciencia y confianza que me tuvo.**

**A mis compañero y amigos. Por todos los momentos vividos.**

**A todos los Doctores, personal del IMSS, personal de la UAA, asesores, etc., que de alguna ú otra forma contribuyeron a la realización de esta TESIS.**

**A todos los Pacientes.**

**GRACIAS.**

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

**DEDICATORIA**



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	5
I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	29
II.- MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.....	29
III. JUSTIFICACION.....	50
IV. OBJETIVOS.....	52
VI.1 TIPO DE ESTUDIO.....	53
VI.2 UNIVERSO DE TRABAJO.....	53
Unidad de observación.....	53
Unidad de análisis.....	53
CRITERIOS DE DELIMITACION .....	53
Criterios de inclusión.....	53
Criterios de no inclusión.....	53
Criterios de eliminación.....	54
VI.3 MUESTRA.....	54
TIPO DE MUESTREO.....	54
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	54
VI.4 PLAN PARA RECOLECCION DE INFORMACION.....	56
TÉCNICA.....	56
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.....	58
RECURSOS:.....	62
LOGISTICA:.....	62
TIEMPO:.....	63
VI.5.- PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE LOS DATOS.....	63
Aspectos del Plan:.....	64
Ordenamiento de los Datos.....	64
Control de Calidad:.....	64
Hoja Maestra de Datos (Matriz o Base de Datos).....	64
Plan de análisis de los datos.....	68
Orden del resumen de los resultados en forma específica.....	68
VI. CONSIDERACIONES ETICAS.....	73
VII.- RESULTADOS.....	74
VIII.- DISCUSIONES.....	114



IX.- CONCLUSIÓN..... 127

BIBLIOGRAFIA..... 131

ANEXOS

ANEXO A OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

ANEXO B INSTRUMENTOS

ANEXO C

ANEXO D

ANEXO E

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACION ABRIL- JULIO 2011

PLAN PRESUPUESTAL



## RESUMEN

TITULO: FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HGZ NO. 1 DEL IMSS DE AGUASCALIENTES, AGS.

En la atención primaria, la identificación de factores asociados a la depresión en el adulto mayor, permitiría desarrollar estrategias preventivas con disminución de síntomas depresivos y mejoría de calidad de vida, así como la disminución de la carga familiar y costos sociales. Debido a que con frecuencia la depresión en el adulto mayor no es detectada y a que otras veces es tomada como etapa normal en la vejez se le niega al adulto mayor la oportunidad de un envejecimiento saludable.

OBJETIVO: Identificar los factores asociados a la depresión en el adulto mayor que acude a consulta de Psiquiatría del HGZ No. 1 IMSS de Aguascalientes.

MATERIAL Y METODO: Estudio observacional, comparativo, transversal analítico, con una muestra de 204 pacientes. Se utilizó la técnica de entrevista mediante los instrumentos de Escala de MOSS para apoyo social, Índice de Katz y Escala de Lawton y Brody para dependencia funcional, así como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

RESULTADOS: En este grupo de adultos mayores, predominó la edad de 60 a 70 años con 63%, 71 a 80 años 28% y más de 81 años 9 %, género femenino 65%, masculino 35%, casados 63%, viudo y soltero 18% y 14% respectivamente, estudios básicos 59%, dependencia económica en 57.4% e independientes económicamente 42.6%; en realización o no de actividad física, los sedentarios correspondieron al 56.9% y no sedentarios en 43.1%, La presencia de comórbidos 62.3%, siendo las patologías más frecuentes HAS y DM. Se encontró depresión en un 67.6% contra un 32.4 % de no deprimidos, predominando la depresión leve en un 60%, moderada en 33% y severa en 7%. El apoyo Social fue alto en 62.3%, moderado en 26.5% y bajo en 11.3%. En la valoración de Dependencia funcional para Actividades Instrumentales de la vida diaria 27% dependiente y 73% Independiente. Y en Actividades Básicas de la Vida diaria 95% Independiente y 5% dependiente.

CONCLUSIONES: El Estado Civil, Escolaridad, Estado económico, Grado de actividad física, actividad ocupacional, Polifarmacia, tipo de derechohabiencia, tiempo de derechohabiencia, apoyo social, son los factores de riesgo asociados a la presencia y grado depresión en el adulto mayor que acude tanto al servicio de psiquiatría y población abierta derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.

PALABRAS CLAVE: Factores asociados, Depresión, Adulto mayor.



## INTRODUCCION

México se convertirá en un país viejo. Se espera que para el 2035 la proporción de adultos mayores sea igual a la de los niños. (10)

El informe mundial sobre salud refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo es de 1,9 y 3,2 % en los hombres y de 5,8 y 9,5 % en las mujeres. (1) (2)

La Organización Mundial de la Salud, señala que en países desarrollados, la depresión en los pacientes mayores de 60 años será la segunda causa de morbilidad y mortalidad en el año 2020. (10) (12)

En la atención primaria la identificación de factores asociados a la depresión en ancianos permite desarrollar estrategias preventivas y de tratamiento que redunden en la disminución de síntomas depresivos, reducción de recaídas y mejoría de calidad de vida así como también disminuyendo carga familiar y costos sociales.

Los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales que se observan en el proceso de envejecimiento, asociado a las numerosas enfermedades que aparecen en ésta etapa de la vida, conllevan a pensar que en los ancianos existen una serie de factores que favorecen la aparición de una depresión. (40)

Asimismo, además de éstos factores de riesgo que podríamos denominar "clásicos", existen otros, como nivel de estrés, déficit en el apoyo social, grado de funcionalidad, salud percibida, etc., que cada vez adquieren mayor relevancia en la población anciana. (19)

Durante el proceso de envejecer, confluyen una serie de circunstancias tales como disminución de facultades físicas, mayor facilidad para enfermar, padecimiento de enfermedades crónicas, disminución de los recursos económicos, aislamiento, pérdida de seres queridos, etc., que pueden favorecer la aparición de procesos psicopatológicos. Todo ello, otorga al anciano unas características de vulnerabilidad especial, donde la edad constituye en un importante "factor de riesgo", donde el organismo anciano desarrolla un considerable esfuerzo adaptativo. (19)

La dependencia funcional, el declinar cognitivo, insuficientes recursos económicos, el aislamiento social y la institucionalización son factores de riesgo de enfermedad mental en los ancianos. El buen afrontamiento de la vejez, los hábitos de vida saludables, la actividad psicosocial y una red de apoyo social funcional son factores protectores de trastornos afectivos. (19).

Es frecuente que el médico de atención primaria considere como causa de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros, por lo cual la considera "justificada" y evita proporcionar tratamiento, cuando en realidad ésta incapacidad suele ser ocasionada por la misma depresión.

En esta investigación se dio respuesta a la pregunta del problema que se planteó ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor deprimido que acude al servicio de psiquiatría y población abierta derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes?

Esto se logró a través de el cumplimiento de los objetivos donde en general fue identificar los factores asociados a la depresión en el adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes. Y algunos de los específicos como, Caracterizar los elementos de la muestra, Asociar las características de los elementos de la muestra a la depresión. Asociar el factor específico dependencia funcional a la depresión. Asociar el factor específico apoyo social a la depresión, Comparar en ambos grupos el grado de asociación con los factores en estudio y la presencia de depresión.

Esto se logró por medio del material y métodos siguiente: se realizó un estudio observacional, analítico, transversal comparativo, con un universo compuesto en dos grupos, el primero de pacientes que se conocían con depresión diagnosticados en consulta de psiquiatría y el segundo grupo de pacientes derechohabientes, que no se sabían deprimidos sin diagnóstico y no acuden a consulta de psiquiatría. Siendo en la primera 130 la población en la segunda no se conocía ya que era de población abierta, el tipo de muestreo no probabilístico,

donde se determinó los tamaños de las dos muestras a trabajar de los dos grupos de 67 y 138 respectivamente, el cual varió después de la aplicación de los instrumentos en la recolección de datos por la aplicación de los criterios de delimitación.

Los tipos de instrumentos que se aplicaron fueron tipo encuestas mixtos cuestionarios y entrevistas, constando de 5 instrumentos específicamente, uno dirigido al estudio de la caracterización socioeconómica y ficha de identificación de la muestra en estudio, el segundo dirigido a la variable principal, que sólo fue aplicado al segundo grupo, siendo éste la escala de depresión geriátrica de Yesavage, el tercero de apoyo social, y el último de actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, midiendo cada una de estas variables correspondientes a los factores asociados a la depresión que se tuvo a bien estudiar como objetivos principales de la investigación.

Esto se realizó en 4 meses, por una adecuada logística de organización y administración de los recursos y el tiempo, para la recolección de datos y trabajo de campo así como de toda la literatura que fundamenta la investigación y se compara con los resultados obtenidos.

El análisis estadístico de los datos acumulados se realizó a través de los paquetes Excel y SPSS, por medio de estadísticos descriptivos e inferenciales, de éste la chi cuadrada y su coeficiente de contingencia para la fuerza de asociación.

Los resultados obtenidos se encontró que en los adultos mayores predomina la de edad de 60 a 70 años en un 63%, 71 a 80 años en un 28% y más de 81 años 9 %, además de género femenino en 65%, masculino 35%, casados predominó en un 63% seguido de viudo y soltero en un 18% y 14% respectivamente, predominó los estudios básicos en 59%, así como dependencia económica en 57.4% e independientes económicamente en un 42.6%; en actividad física los sedentarios correspondieron al 56.9% y no sedentarios en 43.1%, La presencia de comórbidos en un 62.3%, siendo las patologías más frecuentes HAS y DM. Los pacientes deprimidos predominaron en un 67.6% contra un 32.4 % de no deprimidos, predominando la depresión leve en un 60%, moderada en 33% y severa en 7%. En el apoyo Social fue alto en 62.3%, moderado en 26.5% y bajo



en 11.3%. En la valoración de Dependencia funcional para Actividades Instrumentales de la vida diaria 27% dependiente y 73% Independiente. Y en Actividades Básicas de la Vida diaria 95% Independiente y 5% dependiente. Así mismo se encontró como resultados y se concluyó que el Estado Civil, Escolaridad, Estado económico, Grado de actividad física, actividad ocupacional, Polifarmacia, tipo de derechohabiencia, tiempo de derechohabiencia, apoyo social son los factores de riesgo asociados a la presencia y grado depresión en el adulto mayor deprimido que acude tanto al servicio de psiquiatría y población abierta derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.



## **I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**TITULO:** FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HGZ NO. 1 DEL IMSS DE AGUASCALIENTES, AGS.

**OBJETO DE ESTUDIO:** Factores asociados a la depresión en el Adulto Mayor.

**SUJETO DE ESTUDIO:** Pacientes mayores de 60 años con Depresión que acuden a consulta de psiquiatría en HGZ No 1 Aguascalientes.

### **DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

En el periodo 1950-2000, mientras la población total del mundo creció cerca de 141%, la población de 60 y más años aumentó aproximadamente en 218%, mientras que los de 80 y más años de edad lo hicieron cerca de 385%. (61)

Según el CONAPO, en 2009, 7% de los habitantes en Aguascalientes son adultos mayores, con una tasa de crecimiento promedio anual de 4.17%, (71) mientras que la población total creció a un ritmo de 1.65 por ciento.

En México, en el año 2000, la población de 65 años o más representaba 4.6% (4.6 millones de personas) de la población total y según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2050 será 21.3% (27.5 millones de personas). (71)

Al segundo trimestre de 2009, 26 mil adultos mayores realizaban alguna actividad económica, el 27.4% del total de esta población se encuentra en el mercado de trabajo.

En Aguascalientes, según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, en el segundo trimestre del año 2009, 12 mil 558 personas de 60 años y más no saben leer ni escribir, casi 5 mil son hombres (11.2%) y 7 mil 760 mujeres (14.6%).

Así mismo, de cada 100 personas de 60 años y más en la entidad, 20 no tienen instrucción formal, 34 tienen la primaria incompleta, 25 cuentan con la primaria terminada, 12 tienen algún grado aprobado de secundaria y 10 estudios posbásicos. El promedio de escolaridad de este grupo de población es de 5.5 años, es decir, sexto año de primaria; 5.35 años los hombres y 5.89 las mujeres.

En Aguascalientes, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo registró en el segundo trimestre de 2009, alrededor de 26 mil personas económicamente activas de 60 años y más, que representan 5.8% del total, cerca de 26 mil están ocupados, 6.1% del total de la población ocupada del estado. Así mismo 71.2% de la población ocupada de 60 años y más son hombres.

En 2009, del total de personas de 60 años y más no económicamente activas poco más de una de cada cuatro gozaba de algún tipo de pensión; de estas, 78.5% eran hombres y 21.5% mujeres.

En Aguascalientes la dependencia económica se incrementó de 21.3 a 33.7%. La relación de dependencia demográfica que se refiere a una persona que no puede valerse por sí misma, según el INEGI desde 1970 se incrementa en 1.7% anual.

En Aguascalientes se presentó una reducción de adultos mayores de 60 años de 13 a 11%, en relación a 100 personas económicamente activas. En la distribución porcentual por situación conyugal se observa 54.1% de mayores de 60 años son casados y 28.7% son viudos, solamente 1.3% son divorciados.

Cerca de 2 millones de mexicanos adultos mayores sufren un estado de dependencia funcional. (122)

En el total de la población en México, el porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad es de alrededor de 2%; de estas el 40 % se concentra en el grupo de 60 años y más, y la mitad de estas, en el grupo de 70 años y más. (123)

En términos generales, 22 % de mujeres y 15 % de hombres de 65 años y más necesitan ayuda para vivir en casa o han sido llevados a una institución; de las personas de 85 años en adelante, 62 % de mujeres y 46 % de hombres

necesitan tal ayuda. (123). La mayor proporción de discapacidad es en las mujeres con respecto a los hombres, sobre todo a partir de los 85 años: 86.8% y 59.7%, respectivamente. (123).

## **PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el 2020 la depresión será el mayor problema de salud en el mundo, por encima de todos los padecimientos de adultos mayores. (5)

Una de cada cinco consultas, que corresponde al 22% en Medicina Familiar se otorgó a población adulta mayor. En el IMSS de Aguascalientes se tienen cuantificadas 2151 consultas de enero a Diciembre del 2010 en el servicio de Psiquiatría, en un consultorio con 2 turnos que labora de lunes a viernes. (76)

Las diferencias culturales desempeñan un papel importante en la manifestación de los desórdenes depresivos. (5) (9)

Varias décadas de investigación (Instituto Psiquiátrico del Estado York) han puesto de relieve que, de las asociaciones más fuertes entre los factores sociales y la aparición de enfermedades, el estatus socioeconómico es uno de los más obvios (Link y Phelan, 1995). (5) (8)

Los Factores que se asocian a la Depresión has sido variados según el estado ó país, en Tlaxcala Tapia-Mejía y col, vieron que pacientes con algún grado de depresión predominaban en casados, así mismo no se encontraron diferencias entre ser hombre y mujer (10) (17), sin embargo Márquez, 2005, menciona que las pacientes femeninas tenían 4,2 veces más riesgo que los pacientes masculinos de presentar este trastorno. (10) (15) Por otro lado John Snowdon 2002, encontró que en Brasil los eventos adversos (Sobre todo el duelo) y el deterioro de la salud física son los desencadenantes más potentes y significativos asociado a la depresión en ancianos. (63). Campos J. 2004 menciona que en España el deterioro cognitivo, la dependencia funcional, la comorbilidad y la escolaridad se asociaron a la presencia de manifestaciones de depresión. (62)

Gómez-Restrepo 2004, señalan que los factores asociados con la depresión en Brasil y Chile en 2004, fueron ser mujer, no tener empleo, tener bajos ingresos económicos, ser soltero o separado y tener bajo nivel educacional. (124).

Soriano Soto 2005, mencionan que en México se encontró que síntomas depresivos en ancianos estaban relacionados con mujeres, jubilados, pensionistas, sedentarios, con familias disfuncionales y con dependencia económica. (15). Así mismo Martín y Gorman En Massachusetts, EE.UU 2006, señalan que hay una prevalencia notablemente de depresión más alta en las mujeres que en los varones. (5) (7). También Rodríguez 2007 dice que en Cuba, en adultos mayores la depresión predominó en personas del sexo femenino, personas con edades de 60 a 65 años, viudas y solteras. (1) Martínez Mendoza menciona también que en Torreón 2007, se encontró que los factores que más se relacionaron con la depresión, fue ser mujeres, y estar hospitalizados en el departamento de medicina interna. (10) (18). Castillo-Manzano en Yucatán detectaron asociación de violencia intrafamiliar con el trastorno depresivo, así mismo, otros factores, como ser casada, tener nivel socioeconómico bajo y apoyo social mínimo también incrementaron las probabilidades de padecer depresión. (38)

También en 2008 pero en Tabasco México Zavala-González encontraron que los factores asociados a depresión fueron: escolaridad baja, estado civil no unido, además se encontró una fuerza de asociación depresión/disfunción familiar. (69) Ernesto Cruz 2008, en Cuba encontró que el 52 % de 116 ancianos padeció de trastornos de sueño muy en relación a trastornos psicoafectivos y al sexo de los pacientes. (68) Wilson-Escalante en México en 2009 encontraron que de 201 ancianos que encuestaron el cincuenta y cinco por ciento de los ancianos encuestados sedentarios y el 30% de ancianos activos fueron detectados como deprimidos. (39)

Aparicio Vizuite 2009, encontró que en España ancianos que no estaban deprimidos tenían mayor ingesta de hidratos de carbono que los deprimidos. (47) Así mismo pero en España 2010 se ha asociado la malnutrición con la depresión en comparación con ancianos en situación nutricional adecuada e indicativa de una situación afectiva normal. Y Urdapilleta-Herrera 2010, en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

México encontró que existe una asociación significativa en fumadores con alto grado de adicción y patrón de consumo de tabaco, con la presencia de ansiedad y síntomas de depresión moderada a grave que deben considerarse en fumadores que quieren dejar de fumar. (3)

## **PANORAMA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD**

En el Hospital general de zona 1 se cuenta con un consultorio de Psiquiatría, que labora en 2 turnos, de lunes a viernes, con un total de 2 médicos Psiquiatras, que atienden a toda la población que requiera del servicio, proveniente de hospitalización por urgencias psiquiátricas de primera vez y subsecuentes y a los derechohabientes provenientes de los servicios de medicina familiar de las unidades de medicina familiar zonificadas, que son las foráneas y las UMF 1, 6, 7, en Aguascalientes.

Los servicios de medicina familiar se ven fortalecidos a través de su programa de mejora continua, el sistema de información nominal (SIAIS y expediente electrónico) y los Programas de Atención Integrada PREVENIMSS. Las acciones están encaminadas a intensificar las acciones de detección oportuna, diagnóstico precoz, prevención, tratamiento eficaz y rehabilitación de los principales problemas de salud de toda la población derechohabiente. Estos componentes de atención están reforzados por acciones educativas y de promoción de la salud, así como por la implantación de grupos de autoayuda y apoyo para mejorar el impacto de las intervenciones.

Como estrategia paralela existen proyectos enfocados a la atención de los principales problemas que aquejan a los adultos mayores, entre los que destacan el Plan Gerontológico Institucional 2004-2024, los lineamientos para la atención integrada de la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial y el proyecto para la evaluación de las necesidades y demandas de atención social a la salud de los adultos mayores. Todas estas iniciativas señalan la prioridad otorgada a la salud de este grupo en el IMSS y su impacto se podrá evaluar gracias al sistema de información nominal.



De los pacientes mayores de 60 años que acuden al Servicio de Psiquiatría en el HGZ 1 se contabilizan 130 pacientes que acudieron de Enero a Marzo 2011. (76)

El IMSS brinda atención a la salud con la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES. (129)

### **DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA**

No se conoce una causa para la depresión, todo indica que es una combinación de factores genéticos, biológicos y psicológicos. (5)

Una serie de factores asociados a la vejez como biológica, psicológica, social, etc., si pueden ser los responsables del mayor riesgo de la población anciana a padecer depresión. (22)

La falta de claridad en relación a la identificación de los factores de depresión en el adulto mayor ocasiona mayor tiempo con la misma y a su vez un incremento en el requerimiento de insumos mensuales, en fármacos y número de consultas por persistencia de los síntomas.

Diferentes estudios que se han llevado a cabo con respecto a las variables que determinan el grado de satisfacción con la vida, han mostrado que la edad no es un factor determinante de la misma, en cambio, factores como la salud, las habilidades funcionales, los contactos sociales o la actividad física o de ocio, factores considerados “de riesgo” para padecer enfermedad o disminución de la autonomía en el anciano. (56)

La depresión en el anciano presenta algunas características diferentes a la depresión del adulto joven debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que conlleva la edad. Sin embargo, la depresión del anciano se conoce mal y esto se debe a que la mayoría de los estudios sobre los trastornos afectivos se efectúan en la población joven. Pero, se puede decir que la heterogeneidad es la norma en la clínica afectiva de la tercera edad. (68)

Para diversos autores, la asociación de depresión según el sexo es controversial. En ancianos continúa siendo predominante en las féminas, con una razón mujer/hombre de 2:1; pero en los varones aumenta proporcionalmente su prevalencia por una brusca pérdida de roles, de modo que a los 80 años sobrepasan a las ancianas. (42) (43) (18)

En Aguascalientes hay muy pocos estudios enfocados a la salud del adulto mayor, así mismo en Aguascalientes hay pocos estudios que hablen de la depresión, y no hay estudios enfocados a los factores de riesgo para padecer depresión.

Por largo tiempo ha prevalecido una separación artificiosa de las enfermedades mentales en general en sus componentes biológicos y físicos por un lado, y en sus factores psicológicos y sociales por otro; esta división ha dificultado la comprensión de tales fenómenos como lo que en realidad son: enfermedades con grandes semejanzas con las enfermedades orgánicas y producto de complejas interacciones entre factores biológicos, psicológicos y sociales (5).

#### DESCRIPCIÓN DE GRAVEDAD, MAGNITUD Y TRASCENDENCIA DEL PROBLEMA

El 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico. (44)

Los diferentes factores asociados con la depresión presentes en la mayoría de los adultos mayores nos pueden llevar a padecer dicha enfermedad afectando por tanto, de modo integral, a las personas que lo padecen en ámbitos tan diferentes como el social, laboral, familiar y de pareja y es causa importante de discapacidad y merma de la calidad de vida. (5) pudiendo llegar a afectar a 121 millones de personas en el mundo (125), y entre el 5% y el 20% de la población en México pudiendo duplicarse en los sujetos institucionalizados. (19, 28, 51)

En México en el 2000 la proporción de adultos mayores fue de 7.0 por ciento, pero se estima que para el 2020 se incremente al 12.5 por ciento. (10) (11) misma población de riesgo para tener factores que se le asocian a la depresión. La falta de claridad en los factores de riesgo de la depresión impide evitar que el

resto de la población de adultos mayores presenten en algún momento de su vida un cuadro depresivo. (10) (11)

Los trastornos depresivos, afectan alrededor del 10 por ciento de los ancianos que viven en comunidad, y alrededor de 15 y 35 por ciento de los que viven en residencias. (10) (14), esto nos habla que hay mayor presencia de factores de riesgo para padecer depresión en zonas residenciales.

El subdiagnóstico del estado de depresión, estimado 50 % en la atención primaria genera que solo la mitad de los ancianos con factores de riesgo de depresión no reciban tratamiento para su trastorno depresivo. (77)

#### TRASCENDENCIA

Las consecuencias de la escasa atención en los factores de riesgo de depresión en los ancianos genera un estado depresivo permanente lo que a la larga aumenta la mortalidad, disminuye la calidad de vida, reduce el rendimiento cognitivo, agrava los cuadros depresivos e incrementa el riesgo de suicidio. (23)

La presencia de depresión en ancianos disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades físicas y acorta la esperanza de vida (55). Se eleva el riesgo de muerte prematura, no sólo por el incremento posible de los suicidios, sino por aparición de enfermedades somáticas, la determinación de los factores de riesgo de depresión en el adulto mayor evitara el cuadro depresivo, mejorando la calidad de vida, disminución de las enfermedades físicas y probablemente incremento en la esperanza de vida. (54).

La determinación de los factores de riesgo de depresión permitirá mejorar la calidad de vida, disminuir a las enfermedades físicas y evitar la aparición de enfermedades somáticas y a su vez probablemente reducir los suicidios (Entre 71% y 95% de los ancianos que se suicidan sufren alguna patología psiquiátrica, comúnmente la depresión). (66)

La población anciana es vulnerable de presentar diferentes factores que pueden ser asociados a la depresión por lo tanto son vulnerables de presentar en algún momento de su vida depresión así como las consecuencias que ésta misma

puede provocar como pueden ser: irritabilidad, enojo, conductas antisociales, conductas violentas, pérdida de energía, abuso de alcohol, abuso de otras drogas, deseos de muerte, desesperación, culpabilidad, dificultad para concentrarse, indecisión y en el peor de los casos lleva al suicidio (58); además de que disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades físicas y acorta la esperanza de vida (12). Se eleva el riesgo de muerte prematura, no sólo por el incremento posible de los suicidios, sino por aparición de enfermedades somáticas (66); así mismo, acorta la vida e incrementa los costes sanitarios y la incapacidad producida por otras enfermedades y es la principal causa de suicidio (6); aumenta la morbilidad, la demanda de salud, el costo y el servicio social de la comunidad. (40) (41). Esto nos puede llevar a un importante problema de salud pública, ya que sus consecuencias generan pérdidas de hasta 44,000 millones de dólares al año en los Estados Unidos, sin contar los costos por medicamentos y la evaluación de incapacidades por ausentismo laboral o bajo rendimiento del trabajador (presentismo). (59)

La creciente población anciana constituye, por si misma, un grupo de riesgo donde, a los factores desencadenantes de problemas mentales que afectan en la edad adulta, se les asocian otros más específicos y característicos de la ancianidad. (19)

### **ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA**

Factores como el estado civil, nivel socioeconómico, fuentes de estrés, redes de apoyo y enfermedades relacionadas, influyen en la presentación de síntomas depresivos independientemente de la edad. (35)

La aparición de sintomatología depresiva en adultos mayores está relacionada con factores biológicos y socioculturales; que los pacientes geriátricos que presentan esta sintomatología pueden ver deteriorado su funcionamiento social y tener implicaciones en el curso e inicio de padecer enfermedades como son: enfermedades cardíacas, respiratorias, diabetes, cánceres, entre otras. (36)

La dependencia funcional, el declinar cognitivo, insuficientes recursos económicos, el aislamiento social y la institucionalización son factores de riesgo de enfermedad mental en los ancianos. (19)

La presentación de depresión en el paciente adulto mayor refleja frecuentemente el ciclo de vida, caracterizado por la pérdida de seres queridos, pérdida del empleo y problemas económicos; así mismo en el grupo de adultos muy mayores la depresión se encuentra altamente elevada por la disfunción física y pérdida del estatus (20).

Dentro de los factores de riesgo de padecer algún tipo de proceso psicopatológico, cabe destacar el nivel socioeconómico, la residencia, el sexo, aspectos biológicos, o la edad entre otros. En relación a este último, en el segmento de población de mayor edad, a los factores habituales relacionados con la salud mental, se le asocian otros propios del proceso de envejecimiento que les convierte en un grupo donde la prevalencia de los problemas mentales se incrementa considerablemente. (13) Además de estos factores de riesgo que podríamos denominar “clásicos”, existen otros, como nivel de estrés, déficit en el apoyo social, grado de funcionalidad, salud percibida, etc., que cada vez adquieren mayor relevancia en la población anciana. (19)

Se ha mostrado una mayor frecuencia de depresión en los sujetos con menor red de apoyo social. (37)

La depresión también mostró una tendencia a asociarse con otros indicadores de una escasa red social, como vivir solo, tener menor contacto con familiares, amigos o vecinos, y carecer de confidente. (37)

Con respecto a los trastornos depresivos relacionados con la presencia de enfermedades físicas, se ha sugerido que la presencia de un trastorno depresivo sería el reflejo del estrés producido por la enfermedad física. (23)

A lo largo de las últimas décadas se ha puesto de manifiesto la importancia relativa de determinadas variables que han sido relacionados con el desarrollo de trastornos afectivos como la depresión en la población geriátrica, y que las podemos agrupar en tres grandes bloques:

Biológicas:

Un factor de riesgo muy estudiado es el estado de salud.

Las enfermedades médicas crónicas y los trastornos sensoriales son muy frecuentes en esta población. (24)

Las situaciones generadoras de estrés crónico pueden causar patología mental. (25) (53)

Un porcentaje alto de pacientes deprimidos presentan déficit cognitivos difícilmente distinguibles de la demencia. Por otro lado, las demencias pueden cursar de forma que los síntomas simulen una depresión. (13).

Sociodemográficas:

En lo que respecta al factor sexo, numerosos trabajos han concluido que las mujeres son las más afectadas por los trastornos afectivos en general y en ancianos esta diferencia se incrementa. (28, 29, 30)

La edad es un factor que evidencia como las manifestaciones psicopatológicas cambian en función de la misma. (19)

Los estudios realizados en relación al estado civil y el desarrollo de trastornos afectivos revelan que las personas viudas y del sexo masculino constituyen el principal grupo de riesgo. (13)

Se ha demostrado una mayor prevalencia de depresión en los niveles socioeconómicos más bajos y una relación inversa entre la amplia variedad de trastornos psicopatológicos y el estatus socioeconómico, encontrando además que las mujeres y los grupos minoritarios son los más desfavorecidos. (25)

Los ancianos, por su pérdida de nivel adquisitivo en relación a la jubilación, presentan también más riesgo de enfermedad mental. (13)

La concurrencia de una enfermedad crónica invalidante o con alto riesgo de mortalidad y la falta de ingresos económicos mínimos para cubrir las necesidades básicas, incrementan la asociación entre el desarrollo de depresión y el déficit económico. (31)



El nivel cultural se encuentra asociado con el desarrollo de trastornos afectivos, la prevalencia de la depresión es mayor entre los sujetos menos favorecidos culturalmente. (32)

El medio de residencia constituye otro factor implicado en el desarrollo de trastornos psicopatológicos, demostrándose mayores índices de prevalencia entre las personas residentes en zonas urbanas y en los inmigrantes (32).

Psicosociales:

La presencia de eventos estresantes y en particular la muerte de uno de los cónyuges (viudedad) constituyen en sí mismos un factor de riesgo de padecer trastornos afectivos en la población geriátrica. (29)

Kraaij y Wilde encontraron que el estado de ánimo en estas edades estaba relacionado con el relato de circunstancias socioeconómicas negativas tanto como con el abuso emocional y el trato negligente durante la infancia, así como a circunstancias socioeconómicas negativas, abuso sexual, abuso emocional, trato negligente, relaciones estresantes y problemas de conducta durante la etapa adulta tardía. (33)

El apoyo social parece desempeñar un importante papel en moderar/mediar el impacto de los eventos vitales estresantes sobre la salud en general, encontrándose tasas de mortalidad (para todas las causas) más elevada entre las personas caracterizadas por escaso apoyo social. (25)

MC Innis y White han encontrado como el sentimiento de soledad y el aislamiento social, constituye un importante factor de riesgo de enfermedad mental en ancianos que viven en la comunidad. (34)

Lee, et al. En una muestra de mayores de 60 años, encontraron que las personas diagnosticadas con una enfermedad médica, comparados con las que no, tendían a mostrar mayores puntuaciones en sintomatología depresiva, encontrando que la comorbilidad tendía a una relación lineal positiva entre número de enfermedades diagnosticadas y la intensidad de la sintomatología depresiva. (26)

Kiosses y cols. estudiaron 126 pacientes ancianos sin demencia y con depresión mayor unipolar, encontrando que el deterioro de las actividades instrumentales de la vida diaria estaba significativamente asociado con la edad, el sexo, carga médica, severidad de la depresión, e iniciación/perseveración. (27)

En un estudio se estudiaron 165 sujetos con depresión mayor y 806 controles, y el tabaquismo se asoció a un mayor riesgo de depresión (*OR* de 1.46 con *IC*95% de 1.03-2.07). (3) (4)

La depresión es un padecimiento psiquiátrico, que suele relacionarse con la población joven, pero también es un problema para los ancianos, las mismas enfermedades incapacitantes que son propias de esta edad, la pérdida de seres queridos, y la misma edad, son factores de riesgo para padecer esta patología. (10) (13)

Los factores de riesgo para que este grupo padezca depresión, pueden ser, cambios dentro de la familia, dolor y enfermedades crónicas, pérdida de seres queridos y dificultad para adaptarse a un nuevo entorno.

La depresión debe ser diagnosticada y tratada, ya que también puede ser signo de un problema médico, o puede ser un efecto secundario de algún medicamento, o también puede confundirse con otra afección, por eso se deben llevar a cabo estudios para poder definir bien un tratamiento. (10) (14)

Por largo tiempo ha prevalecido una separación de las enfermedades mentales en general en sus componentes biológicos y físicos, por un lado, y en sus factores psicológicos y sociales por otro; esta división ha dificultado la comprensión de tales fenómenos como lo que en realidad son: enfermedades con grandes semejanzas con las enfermedades orgánicas y producto de complejas interacciones entre factores biológicos, psicológicos y sociales (OMS, 2001). (5) (6)

En el meta-análisis cualitativo, los factores de riesgo para padecer depresión fueron la incapacidad, nuevas enfermedades médicas, estado de salud pobre,

episodios depresivos anteriores, percepción del estado de salud de uno mismo pobre, y pérdida. (50)

En el meta-análisis cuantitativo, la pérdida, las alteraciones del sueño, la incapacidad, la depresión anterior, y el género femenino fueron factores de riesgo significativos para padecer depresión. A pesar de las limitaciones metodológicas de los estudios y de éste meta-análisis, la pérdida, las alteraciones del sueño, la incapacidad, la depresión anterior, y el género femenino parecen ser factores de riesgo importantes para la depresión entre los sujetos ancianos. (50)

En un estudio 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 pluripatología y polifarmacia, y una acción protectora en aquellos con disarmonía familiar. (64)

En un estudio en Colombia 2003, se encontró que la disfunción familiar de tipo moderado y severo, las limitaciones sensoriales como ceguera y sordera, la soledad, ausencia de vivienda y bajos ingresos económicos se comportaron como factores de riesgo de padecer depresión. (65)

En un estudio en España, 2000, se encontró que la depresión fue más frecuente en los pacientes con las siguientes características: grado funcional III-IV de la NYHA (odds ratio ajustada [ORa] = 2,00; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,23-3,24); peor puntuación en los aspectos físicos de la calidad vida (ORa = 3,14; IC del 95%, 1,98 - 4,99); dependencia en 1 o 2 actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (ORa = 2,52; IC del 95%, 1,41- 4,51); dependencia en 3 o más ABVD (ORa = 2,47; IC del 95%, 1,20 - 5,07); limitación en alguna actividad instrumental de la vida diaria (ORa = 2,20; IC del 95%, 1,28-3,79); hospitalización previa por insuficiencia cardiaca (ORa = 1,71; IC del 95%, 1,93- 5,45); estaban solos en casa más de 2 hrs al día (ORa = 3,24; IC del 95%, 1,93 - 5,45); menor satisfacción con el médico de atención primaria (ORa = 1,90; IC del 95%, 1,14-3,17). (37)

En España 2007 en un estudio se encontró que la prevalencia de síntomas depresivos es muy elevada en las personas mayores de 64 años, 4 veces superior a la frecuencia de depresión clínica, y se asocia con comorbilidad (odds ratio [OR] = 2,38; IC del 95%, 1,35-4,20) y el riesgo social (OR = 2,69; IC del 95%, 1,50-4,83). (67)

En un estudio en el Edo de México 2001, en la relación entre la depresión y distintas variables se obtuvo un valor de p menor de 0.05 en las siguientes variables, sexo femenino, dependencia económica, pluripatología, familia disfuncional y sedentarismo; el valor de P fué mayor de 0.05 en las siguientes: edad, actividad laboral y polifarmacia. Se evaluó el riesgo de las variables a través de la odds ratio con un intervalo de confianza del 95%. Presentaban un riesgo mayor de trastorno del estado de ánimo (depresión) las familias disfuncionales (7.5 más veces que las funcionales), el sexo femenino (4.2 veces más que el masculino), las personas sedentarias (3.5 veces que las que realizaban actividad física) y las que tenían dependencia económica (2.3 más veces que las que no tenían dependencia). (15)

En un estudio en Torreón 2003, los factores más relacionados con depresión en el anciano fueron pertenecer al sexo femenino (OR 2.55 IC 95% 1.56 – 4.16 ), dependencia para realizar las actividades diarias ( OR 1.7 , IC 95% 1.02 - 2.84), estar hospitalizado (OR 1.45; IC 95% 1.06 – 1.98), vivir solo o con personas no cercanas a la familia (OR 2.68, IC 95% 1.15 – 5.74), y padecer enfermedades crónicas degenerativas (OR 2.05 IC 95% 1.05 - 4.02). (70)

En un estudio en la Ciudad de México en el 2006, se encontró que en hombres la dificultad para realizar actividades de la vida diaria se asoció con la presencia de síntomas depresivos (razón de posibilidades [odds ratio, OR] = 2,62; IC95%: 1,58 a 4,34) y saber leer se asoció con menos síntomas depresivos (OR = 0,46; IC95%: 0,31 a 0,68). En las mujeres, la dificultad para realizar actividades de la vida diaria se asoció con más síntomas depresivos (OR = 2,50; IC95%: 1,57 a 3,97), al igual que ser la cabeza de la familia (OR = 1,81; IC95%: 1,11 a 2,93). (72)

La mayor presencia de trastornos depresivos mayores y bipolares confirma que junto a los factores psicológicos que condicionan la predisposición del anciano a deprimirse, también están los biológicos. (42)

En diferentes investigaciones se han encontrado que existe una relación entre el riesgo de malnutrición y el padecimiento de síntomas depresivos así como una asociación entre depresión y riesgo de malnutrición (45) (46).

Uno de los principales problemas que presenta la población anciana, asociado a la depresión, es la pérdida de apetito y la falta de motivación para comer. (47) (48) (49)

Los estudios realizados en relación a la depresión y al estado civil y el desarrollo de trastornos afectivos revelan que las personas viudas y del sexo masculino constituyen el principal grupo de riesgo. (19) (13)

Estudios han demostrado una mayor prevalencia de depresión en ancianos en los niveles socioeconómicos más bajos (19) (25)

Los ancianos, por su pérdida de nivel adquisitivo en relación a la jubilación, presentan también más riesgo de depresión. (19) (13)

La concurrencia de una enfermedad crónica invalidante o con alto riesgo de mortalidad y la falta de ingresos económicos mínimos para cubrir las necesidades básicas, incrementan la asociación entre el desarrollo de depresión y el déficit económico. (19) (31)

El medio de residencia constituye otro factor implicado en el desarrollo de trastornos psicopatológicos, demostrándose mayores índices de prevalencia entre las personas residentes en zonas urbanas y en los inmigrantes. (19) (32)

La presencia de eventos estresantes y en particular la muerte de uno de los cónyuges (viudedad) constituyen en sí mismos un factor de riesgo de padecer trastornos afectivos en la población geriátrica. (19) (29)

En diferentes estudios se encontraron que las puntuaciones en depresión eran especialmente elevadas cuando los sujetos relataban la experiencia de muchos eventos durante la etapa adulta y adulta tardía, tales eventos como

circunstancias socioeconómicas negativas tanto como con el abuso emocional y el trato negligente durante la infancia, así como a circunstancias socioeconómicas negativas, abuso sexual, abuso emocional, trato negligente, relaciones estresantes y problemas de conducta durante la etapa adulta tardía. (19) (33)

En varios estudios se encontraron que las tasas de mortalidad (para todas las causas) eran más elevada entre las personas caracterizadas por escaso apoyo social (19) (25).

En otro estudio se encontró que los hombres sin hijos divorciados, viudos o que nunca habían contraído matrimonio, manifestaban unas tasas significativamente más altas de depresión y soledad comparados con mujeres en parecidas circunstancias. (19) (60)

#### **ARGUMENTO CONVENIENTE**

Se requiere más investigación acerca de factores de riesgo y protección para la depresión en adultos mayores ya que ello puede dar la pauta para establecer áreas de intervención. Al identificar los factores asociados a la depresión en esta población, se puede intervenir de manera directa sobre dichos factores. Al realizar prevención generaría importantes ahorros y liberaría recursos que podrían ser dedicados a la atención de otras necesidades de salud. (52)

Los trastornos depresivos en el Adulto Mayor siempre serán una verdadera urgencia médica y social, de ahí, la importancia de una eficaz intervención ante este dilema (42) misma que se puede realizar conociendo los factores que se le asocian a la depresión.

La consideración de la separación de las enfermedades mentales con los factores biológicos y físicos, psicológicos y sociales ha dificultado la comprensión de tales fenómenos, por lo que es menester la asociación entre ellos como parte del manejo y prevención de la depresión en el anciano. (OMS, 2001). (5) (6)

Se impone conocer que los trastornos depresivos son tratables aún en las personas seniles y en aquellas que presentan condiciones de comorbilidad, entre las cuales figura la demencia. La mayoría se recupera cuando recibe un



tratamiento apropiado (42) aunado a las medidas generales tratar directamente los factores que se le asocian a la depresión

Actualmente no existen programas bien definidos para la identificación de los factores de riesgo de depresión que faciliten su prevención.

El determinar los factores asociados a la depresión en los pacientes adultos mayores que ya cuentan con diagnóstico de depresión y que son valorados en los servicios de psiquiatría permitirá la realización de estrategias objetivas para la disminución de la depresión en el adulto mayor que acude a los servicios de salud.

Los factores de riesgo para la depresión como los factores ambientales y los estilos de vida influyen significativamente en el tipo de envejecimiento que presenta cada individuo, de ahí que identificar los factores que favorecen el envejecimiento saludable es uno de los objetivos fundamentales de la ecología humana y de la gerontología (39)

**BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS**

En un estudio que utilizó los datos obtenidos por la Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), sobre 1880 participantes, donde la edad media fue de 75.5, existió un 37.9 por ciento de pacientes que presentaban síntomas depresivos. En este estudio, no se encontraron diferencias significativas entre sexos. Las personas que presentaron síntomas depresivos, tuvieron más susceptibilidad para las enfermedades, y la pérdida de capacidades físicas. (10)(16)

Mislay Rodríguez. García y colaboradores, 2006, en un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal de 50 ancianos con el objetivo de identificar algunos aspectos clínico-epidemiológicos de la depresión en estos pacientes se encontró que entre los principales resultados sobresalieron: el sexo femenino, el grupo etario de 60 - 65 años, las viudas y las solteras. Hubo predominio de la depresión severa, principalmente por trastorno de sueño, angustias corporales, irritabilidad, quejas hipocondríacas, pérdida de peso, fatiga, alteraciones de la

memoria y agitaciones, concluyendo que la gravedad de la depresión estuvo estrechamente relacionada con un elevado riesgo suicida y que los síntomas depresivos de naturaleza somática dificultan su reconocimiento clínico. (1)

Castro Lizárraga y cols, 2006, en un estudio transversal – analítico en 511 sujetos de 60 años y mayores con objetivo de determinar los factores de riesgo para desarrollar estrategias efectivas de diagnóstico y tratamiento se encontró como resultados que la prevalencia de depresión fue de 41.7%, se observó como factores de riesgo para desarrollar depresión: el bajo apoyo social, económicamente improductivos, inasistencia a asociaciones de convivencia, inactividad física, dependencia económica, género femenino, pluripatología y polifarmacia, concluyendo que la depresión es un problema de salud pública en los adultos mayores y que los factores de riesgo psicosocial mostraron mayor fuerza de asociación para desarrollar depresión. (29)

Karina Wilson – Escalante y cols, 2009, en un estudio transversal cuyo objetivo fue determinar la relación entre el ejercicio físico con la depresión en ancianos en una muestra de 201 personas mayores de 60 años, reportando resultados de que el 50% de los ancianos sedentarios y el 30 % de los ancianos activos fueron detectados como deprimidos; concluyendo que la baja actividad física es factor de riesgo para la depresión en ancianos. (39)

Belló M y Cols. 2005, en un estudio con objetivo de presentar las estimaciones de prevalencia de depresión, así como el porcentaje de individuos que han sido médicamente diagnosticados; el diseño muestral de la encuesta fue de carácter probabilístico, polietápico y por conglomerados se encuestaron 38 700 hogares, se obtuvieron como resultados que la prevalencia nacional de depresión 4.5% así como la prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. En sus conclusiones reportan que la depresión es un padecimiento sumamente frecuente en personas adultas y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social. (21)

En el estudio Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005 realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF 3, Guadalajara, Jalisco México. Con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión y comparar indicadores sociodemográficos, metabólicos y clínicos, en personas

con diabetes tipo 2 deprimidas y no deprimidas, se realizó un estudio transversal comparativo en una muestra de 450 personas con diabetes tipo 2, mayores de 30 años, con más de un año de diagnóstico y sin determinación de psicopatología. Encontraron que existen diferencias en escolaridad, estado civil y ocupación entre deprimidos y no deprimidos ( $p < 0.05$ ), la edad no presenta diferencias, pero dentro de las causas los pacientes viudos 39% y sin empleo 75% presentan sintomatología depresiva, además de los que presentaron complicaciones de la diabetes 68%.

Laura Centurión y Colaboradores en un estudio 2010 de tipo transversal, en 68 adultos mayores con el objetivo de analizar la asociación entre el riesgo de desnutrición y depresión en personas de edad avanzada encontrándose como resultados que la prevalencia de depresión fue del 42,7% y la de riesgo de desnutrición del 54,4%. El 38,2% de la población presentó simultáneamente síntomas depresivos y malnutrición concluyendo que existe una relación entre el riesgo de malnutrición y el padecimiento de síntomas depresivos. (45)

### **DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN**

El determinar los factores asociados a la depresión de estos pacientes facilitará su terapéutica, que debería incluir un manejo multidisciplinario para brindar calidad de vida y permitir al adulto mayor envejecer con salud y no con un estado depresivo crónico que a la larga ocasionará que estos lleguen a sentir que la depresión forma parte del envejecimiento. Así mismo el identificar los factores asociados a la depresión es una medida primordial y útil para el manejo y prevención de la misma, con una mejora en la calidad de vida tanto del adulto mayor como de su familia.

Los factores de riesgo para la depresión deben ser conocidos por los clínicos, porque puede que exista la posibilidad de intervenir sobre ellos para mejorar o prevenir cuadros que pueden tener un impacto pronóstico importante, de modo que la capacidad de intervenir a priori constituye un tema relevante. (40)

### **LISTA DE LOS CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

ASOCIACION DE FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESION: Probabilidad que tiene el adulto mayor de presentar depresión por factores de riesgo biológicos, psicológicos, funcionales y psicosociales. Crear la relación entre las circunstancias particulares que puedan generar depresión en el adulto mayor y la presencia del estado de ánimo caracterizado por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día. (82)

Adulto Mayor: Persona de 60 años o más que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional. En México se considera adulto mayor a la persona de 60 años de edad o más. (81)

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor deprimido que acude al servicio de psiquiatría y población abierta derechohabientes del HGZ no. 1 del IMSS de Aguascalientes, Ags?

## **II.- MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL**

Las condiciones de vida del adulto mayor son deficientes en comparación a los planes de vejez que ellos mismos tienen durante su edad adulta, cuando se analizan las consecuencias se ve de manifiesto la causalidad de la depresión en estos pacientes.

El aumento de la dependencia del adulto mayor produce un aumento en el grado de esfuerzo de su familia, generando sentimientos de impotencia, desesperanza y resentimiento, consigo mismos que a su vez afectan su salud y bienestar y en muchas ocasiones pudiesen culminar en el suicidio y en el mejor de los casos en un estado depresivo crónico con abandono de si mismo y aislamiento de la sociedad.

Con el paso de los años se van produciendo una serie de cambios que irán repercutiendo sobre la capacidad funcional, psicológica y social del anciano.

Dentro de las circunstancias que ocurren y concurren durante el proceso de envejecimiento fisiológico se presentan diferentes factores como: (19)

#### Biológicos

- Aumento de la Vulnerabilidad a enfermar frente a cualquier estímulo interno o externo que obligue a poner en marcha las reservas orgánicas.
- Su reserva fisiológica es menor.
- Sus mecanismos de defensa son más limitados con disminución de la capacidad de adaptación.
- Dificultad para delimitar los procesos relativos al propio envejecimiento y los relacionados con procesos patológicos.
- Padecen una mayor incidencia de enfermedades que cursan a la vez y que evolucionan a la cronicidad.
- La manifestación de la enfermedad en muchos casos es de forma atípica y solapada.
- La terapéutica es más compleja. Mayor requerimiento de rehabilitación y readaptación. Variación en la cinética de los fármacos. Patología múltiple.

#### Funcionales

- Variaciones motoras
- Modificaciones intelectuales y cognitivas
- Alteraciones Sensoriales
- Adaptación comportamental

#### Psicosociales

- Reajuste afectivo - emocional
- Jubilación - inactividad laboral
- Cambio del rol social - familiar
- Disminución de la participación (19)

Recientemente, se ha planteado que cinco variables se asocian claramente a riesgo de depresión en el adulto mayor:

Género femenino, que es un factor de riesgo no modificable. Antecedentes de episodios depresivos previos, ya que la recurrencia y la historia natural de la enfermedad depresiva es conocida. El duelo, que es uno de los tres trastornos en los que se puede intervenir. No se puede evitar que ocurra la pérdida, pero sí

se pueden crear instancias de apoyo y soporte para las personas que las sufren. Los trastornos del sueño. Cada vez existen más alternativas de manejo ambiental y farmacológico para intervenir sobre este problema.

La discapacidad secundaria a pérdida de visión o de audición. Muchas personas no realizan tratamientos para su enfermedad, aunque sea con técnicas simples, como audífonos o cirugía de cataratas, lo que las lleva a estar más expuestas a entrar en la cascada de la depresión, enfermedad vascular y muerte.

Otros factores de riesgo son controvertidos, como el menor nivel educacional; el estado de salud pobre, en términos somáticos; la presencia de trastornos cognitivos y la aparición de una nueva enfermedad médica. La evidencia al respecto no es concluyente, en ninguno de los dos sentidos. (40)

En otra investigación desarrollada por Díaz, Martínez y Calvo (2002), (35)(83) acerca de los trastornos afectivos en el anciano, se establece que factores como el nivel socioeconómico, la residencia, el sexo, aspectos biológicos y la edad; así como el nivel de estrés, déficit en el apoyo social, grado de funcionalidad y salud percibida, se conciben como los principales elementos de riesgo para el desarrollo de enfermedades psicopatológicas como es el caso de la depresión, durante el proceso de envejecimiento. Sumado a todo lo anterior, el estudio de las causas se ha intensificado con el fin de nutrir las explicaciones acerca de la depresión. Vallejo (1998) (35) (84) las categoriza en biológicas, sociodemográficas y psicosociales. Las primeras de ellas se componen de aspectos genéticos (historia familiar), marcadores biológicos (bloque de Dopamina y Serotonina alterando los estados del sueño) y síndrome premenstrual (influencia hormonal marcada en las mujeres). Por otra parte, las causas sociodemográficas, como el sexo (existe un predominio de depresión en las mujeres por posibles factores psicológicos y sociales), la edad, el estado civil y otras variables como la educación, nivel socioeconómico, religión, trabajo (exceso, ausencia o jubilación). Por último, las causas psicosociales, explican la depresión desde la personalidad y estilo cognitivo de las personas, pérdidas parentales o significativas, soporte social, grado de relación interpersonal, en especial con una pareja afectiva y acontecimientos relevantes de la vida.

En relación a los aspectos biológicos, un factor de riesgo muy estudiado es el estado de salud que distintas investigaciones señalan como una variable que



juega un papel relevante en el desarrollo y evolución de los cuadros depresivos en la población anciana. Las enfermedades médicas crónicas y los trastornos sensoriales son muy frecuentes en esta población, enfermedades que, en relación a la discapacidad que producen, provocan un disestrés psicológico elevado. Y como muestran diversos estudios, las situaciones generadoras de estrés crónico pueden causar patología mental. Dentro de las enfermedades médicas que afectan con mayor frecuencia a los ancianos cabe hacer una mención especial a las alteraciones cognitivas, ya que un porcentaje alto de pacientes deprimidos presentan déficit cognitivos difícilmente distinguibles de la demencia. (19)

#### CONSENSO

Se consideran factores implicados en la etiología de la depresión en el anciano:

Los procesos degenerativos. La Comorbilidad somática, sobre todo trastorno cardiovascular, doloroso o incapacitante. Las circunstancias de estrés psicosocial (duelo, soledad, pobreza, etc.), en especial, el ingreso en institución geriátrica, como desencadenantes. La condición genética no es un factor determinante de depresión del anciano, en especial si el debut es en edades avanzadas. La “pseudodemencia depresiva” es un concepto de utilidad en la práctica clínica. (25)

#### Estudios en Familias:

Los estudios realizados, han demostrado que existe un riesgo mayor de presentar la enfermedad en los familiares de primer grado, La revisión de varios estudios en familias con miembros diagnosticados con depresión muestra en promedio una prevalencia de un 9% comparado con 3% de la población normal. También se ha visto que la probabilidad de sufrir trastornos de estado de ánimo, decrece a medida que se aleja el grado de parentesco. Un hallazgo interesante es el relacionado con la edad de inicio de la enfermedad, se describe que si existe depresión como antecedente en uno de los padres y la edad de inicio es antes de los 20 años de edad, la probabilidad familiar de sufrir el trastorno aumenta; por el contrario, cuando el cuadro depresivo se inicia después de los 40 años el riesgo es menor (86, 88,89).

#### Estudios de Gemelos.

La concordancia en gemelos homocigóticos para el episodio depresivo es aproximadamente el 50% y en gemelos dicigóticos es del 10 al 25 %. Esta diferencia entre gemelos monocigóticos y dicigóticos confirma que existe una alta influencia de los factores genéticos en la presentación de la enfermedad depresiva (86, 88, 89)

#### Estudios de Adopción:

Los resultados en estudios de adopción en depresión son muy variables, Estos estudios han aportado datos que confirman la base genética de la heredabilidad de la depresión, aclaran además las influencias ambientales sobre las propiamente hereditarias; se ha visto que existe mayor morbilidad en hijos de padres que padecen el trastorno, adoptados por padres sanos; al estudiarse los padres biológicos de pacientes adoptados que presentan trastorno depresivo, se reporta un porcentaje de un 8% en los padres biológicos que presentan igualmente depresión. Este hallazgo es mayor al encontrado en los padres biológicos de los individuos controles, en los cuales la depresión se presenta en un 5% así mismo se ha visto menor o igual morbilidad en hijos de padres sanos, adoptados por padres que padecen el trastorno (88,89).

#### Estudios de ligamiento:

Se ha considerado (teniendo en cuenta la mayor prevalencia en las mujeres), que existe una relación directa con el cromosoma X, pero los estudios con marcadores de DNA que han tratado de demostrar este patrón de herencia, han fallado sistemáticamente. Los estudios de asociación han reportado relación con el gen transportador de la serotonina en el cromosoma i/q, y otros con el receptor D4 de la dopamina, estos hallazgos no han podido ser replicados en forma consistente (88)

Factores Psicológicos: deben analizarse no solamente los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas que circunstancias especiales han dejado durante los primeros años de vida; también es necesario advertir la presencia de sentimientos de culpa,, de incidentes que en la vida del paciente han tenido algún significado, y de tensiones familiares, incluyendo las matrimoniales o sexuales, Además se deben distinguir si estas circunstancias son factores etiológicos determinantes, o si son elementos desencadenantes que ponen de manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una personalidad

deficientemente estructuradas, una causa determinante es la mala integración de la personalidad, en la etapa formativa. Una causa desencadenante puede ser la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia. Cuando están presentes entran en conflicto con la personalidad del paciente produciendo angustia, que es la fuente más común para este trastorno. En la depresión neurótica el elemento "pérdida" es de gran importancia. La pérdida puede ser reciente y real o haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible, (afecto o autoestima), o ser inminente y amenazadora juventud que se va). Lo que importa no son los hechos sino la actitud del enfermo respecto a ellos, (86).

#### FACTORES PSICOSOCIALES

Acontecimientos vitales y Estrés: Los acontecimientos estresantes preceden con más frecuencia a los primeros episodios de depresión. Una de las teorías propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios pueden producir variaciones en el funcionamiento que implican pérdidas neuronales y una disminución exagerada de conexiones sinápticas. Como consecuencia la persona resulta más vulnerable a sufrir episodios posteriores incluso sin factores estresantes externos. Los datos más convincentes indican que el acontecimiento vital más frecuentemente asociado al desarrollo posterior de una depresión es la pérdida de uno de los progenitores antes de los 11 años. (89)

FACTORES DE LA PERSONALIDAD PREMORBIDOS: La predisposición de una persona a padecer depresión no depende de rasgos individuales de personalidad ni tipología específica alguna. Todos los seres humanos, sea cual sea tu perfil de personalidad, pueden deprimirse, y de hecho, lo hacen en determinadas circunstancias. No obstante, ciertos tipos de personalidad, (oral-dependientes, obsesivo-compulsivos, histérica) presentan un mayor riesgo de depresión que las personalidades antisociales, paranoides y otros grupos que utilizan la proyección y otros mecanismos de defensa para protegerse de su ira interna. Además se ha demostrado que es más probable que produzcan depresión los factores estresantes experimentados por el paciente como un reflejo negativo sobre su autoestima. Además lo que puede aparecer un factor estresante relativamente moderado para ciertas personas puede tener efectos

muy negativos en un determinado paciente, debido a los significados particulares e idiosincráticos unidos al acontecimiento. (89)

**FACTORES BIOLÓGICOS:** En la patogénesis de la depresión se ha referido la participación de varios neurotransmisores, así como de diversos neuropéptidos, la serotonina ha sido la más estudiada, si bien es posible que la alteración de dicho neurotransmisor no sea sino la expresión de alguna otra alteración más específica, quizá noradrenérgica. La primera hipótesis contrastable relacionada con el origen biológico de la depresión partió de la observación de que muchos pacientes que tomaban reserpina, un medicamento antihipertensivo, desarrollaban cuadros depresivos graves. Experimentos de laboratorio mostraron que la reserpina tenía la capacidad de disminuir de forma drástica las aminas biógenas del cerebro, especialmente la norepinefrina y la serotonina, mediante un mecanismo de desaminación y disminución de la síntesis de estos neurotransmisores. Se planteó entonces que la depresión podría ser el resultado de la disminución en la disponibilidad de aminas biógenas en el cerebro y que el incremento de éstos neurotransmisores en el espacio sináptico podrían aliviarlas (90)

#### TEORIA DE AUTOFOCALIZACION DE LEWINSOHN

Siguiendo la tradición conductual, Lewinsohn y cols postulan que los factores ambientales son los responsables primarios de la depresión, aunque habría factores cognitivos que mediarían los efectos del ambiente. En particular la principal variable sería un aumento de la autoconciencia, aumento que sería resultado de los esfuerzos infructuosos del individuo de enfrentarse y resolver los acontecimientos estresantes que le ocurren (95).

La teoría asume la existencia de características de predisposición que incrementan o reducen el riesgo de un episodio depresivo, siendo las características de vulnerabilidad: 1) ser mujer, 2) edad 20 - 40 años, 3) historia previa de depresión, 4) tener pocas habilidades de afrontamiento, 5) tener sensibilidad elevada a los sucesos erosivos, 6) ser pobre, 7) mostrar una alta tendencia a la autoconciencia, 8) baja autoestima, 9) bajo umbral de activación para autoesquemas depresógenos, 10) mostrar independencia interpersonal y 11) tener niños menores de 7 años. Como factores protectores se señalan: 1) autopercepción teniendo una alta competencia social, 2) experimentar alta

frecuencia de sucesos positivos, y 3) disponer de una persona íntima y cercana a la que podamos confiar. (95).

#### TEORIAS DEL PROCESAMIENTO DEL INFORMACION

Estas teorías se inspiran en el paradigma de información y utilizan constructos teóricos derivados de la psicología experimental cognitiva como elementos centrales en su conceptualización de la depresión. (95)

#### TEORIA DE BECK

La premisa de esta teoría es que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. En los sujetos normales tras un suceso que supone una pérdida o un fracaso, la retirada temporal de toda involucración emocional o conductual, con la consiguiente conservación de energía, tiene un valor de supervivencia. Sin embargo en las personas depresivas hay un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación; ellos tienden a valorar excesivamente esos sucesos negativos, considerándolos globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como triada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, de su propio mundo o experiencia personal y del futuro. Esta triada resulta en una reiterada persistente del entorno. (24) Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la depresión conduce al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivaciones y fisiológicos que caracterizan el trastorno. Sin embargo este tipo de procesamiento puede ser el producto de múltiples factores y así, en la etiología de la depresión pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos, Cualquiera que sea la etiología, sin embargo este tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte intrínseca del síndrome depresivo y funciona como factor de mantenimiento de la depresión. (95)

De todas las posibles causas que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información, la teoría afirma que en muchos casos de depresión no endógena, la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores: a) presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias o actitudes que impregnan y



condicionan la construcción de la realidad; b) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y c) la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir un suceso importante que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo (95).

Beck usa el formalismo de los esquemas para explicar como las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información. Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información en los individuos depresivos, (los esquemas disfuncionales depresógenos) se diferencian en los esquemas de los sujetos normales, tanto en su estructura como en el contenido de la información que almacenan. En cuanto al contenido, los esquemas disfuncionales contienen reglas, creencias tácitas y actitudes estables del individuo acerca de sí mismo y de su mundo, que son de carácter disfuncional y poco realistas porque establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas para determinar la propia autovalía que es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos del individuo por cumplir tales contingencias. Estas actitudes y creencias están conectadas con recuerdos relevantes a su desarrollo y formación, recuerdos que tienen que ver con experiencias negativas tempranas de la infancia. En los individuos deprimidos los esquemas disfuncionales tienden a ser más rígidos, impermeables y concretos que los esquemas de los individuos normales. (95).

La activación de los esquemas depresógenos sería responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en los trastornos depresivos. Para que tal activación tenga lugar es necesaria la aparición de un suceso estresante, (ej, Fracaso laboral). La teoría de Beck hipotetiza, que los esquemas depresógenos son la diátesis cognitiva (ó factor de vulnerabilidad cognitivo) para la depresión (95).

Además sugiere que el tipo de estresor que puede activar un esquema depresógeno viene determinado por diferencias individuales en la estructura de personalidad. En la teoría cognitiva. Los rasgos de personalidad se entienden como esquemas cognitivos de un orden jerárquico superior a los otros esquemas. Esta teoría propone dos dimensiones de personalidad como factores de vulnerabilidad a la depresión, sociotropía y autonomía. Los esquemas



sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y alta dependencia social a la hora de juzgar su propia valía. Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación. En consecuencia habría sucesos estresantes para cada tipo de esquema, para los esquemas sociotrópicos serían situaciones relevantes a la aceptabilidad social y atracción personal (rechazo social, separación matrimonial etc.), mientras que para los esquemas autónomos serían situaciones que restringen autonomía o el logro de objetivos (no alcanzar éxito laboral) (95).

Una vez activados estos esquemas depresógenos orientan y canalizan el procesamiento de la información actuando como filtros a través de los cuales se percibe, interpreta y recuerda la realidad. La actuación de tales esquemas se refleja en ciertos errores sistemáticos en la forma de procesar la información: inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista, estas operaciones cognitivas son evidentes en cierto grado en todas las personas, en la depresión ocurren en mayor grado y son congruentes con el contenido disfuncional de los esquemas depresógenos. Atendiéndose selectivamente y magnificándose la información negativa, minimizando o ignorando la información positiva. Estas operaciones cognitivas evidentes en todas las personas, en la depresión ocurren en mayor grado y son congruentes con el contenido disfuncional de los esquemas depresógenos, de tal forma que se atiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras que se ignora o minimiza la información positiva, personalizando errores y fallos y exagerando y sobregeneralizando sus efectos negativos (95).

Estas operaciones cognitivas conducen en la depresión al tipo de cogniciones que forman la triada cognitiva negativa. Estas cogniciones tienen correlatos directamente observables expresándose en formas de pensamientos o imágenes voluntarias y pensamientos automáticos, siendo éstos últimos ideas estereotipadas de aparición repetitiva e inintencionada que no son fácilmente controlables y parecen plausibles en el individuo en el momento de su ocurrencia. Ambos pensamientos comprenden el diálogo interno del individuo, de manera que son relativamente accesibles a la conciencia y dañinos

psicológicamente puesto que interfieren tanto con las actividades que se realizan en ese momento como en el estado de ánimo de la persona (95).

Estos pensamientos giran en torno a los temas de pérdida, fallo, rechazo, incompetencia y desesperanza, configurando la triada cognitiva negativa que Beck considera parte intrínseca de la depresión. Esta triada implica una visión negativa de sí mismo (como alguien inútil y culpable de todas las circunstancias negativas que lo rodean), implica una visión negativa del mundo (el individuo percibe las demandas del mundo como excesivas o llenas de obstáculos y considera que el mundo está desprovisto de interés) y finalmente implica una visión negativa del futuro marcada por la convicción de que ningún aspecto negativo que el individuo percibe o experimenta en el presente podrá modificarse en el futuro a no ser para aumentar las dificultades o el sufrimiento teniendo como resultado la desesperanza (95).

La cadena de acontecimientos que desencadena la depresión en la teoría de Beck adopta la forma del modelo de diátesis-estrés. Este modelo no es estático ni se centra en experiencias pasadas, plantea una transacción continua con el medio: recogiendo información continuamente del medio para someter a prueba la construcción de la realidad que hace el sujeto a través de los esquemas activos en ese momento. En este sentido se puede ver en la depresión la aparición de círculos viciosos o espirales cognitivas depresivas: las distorsiones negativas o errores en el procesamiento de la información que los individuos depresivos cometen al personalizar sus fracasos y errores y al exagerar y sobregeneralizar sus efectos (95).

#### HIPOTESIS DE LA ACTIVACION DIFERENCIAL DE TEASDALE

John Teasdale desarrolló una teoría de la depresión conocida como la hipótesis de la activación diferencial, a partir de la teoría de la depresión de Beck y del modelo de redes asociativas propuesto por Bower para explicar las relaciones entre emoción y cognición.

La teoría de Teasdale es un modelo de vulnerabilidad-estrés en el que se asume que el tipo de acontecimientos que a la postre provoca una depresión clínica en algunos individuos que es capaz de producir un estado de ánimo deprimido

transitorio o leve en la mayoría de las personas. Siguiendo el modelo de Bower, Teasdale asume que el inicio de los síntomas depresivos resulta de la activación del nodo de la depresión tras la ocurrencia del suceso estresante, esta activación se propaga a través de los nodos asociados, de esta actividad cognitiva reactiva al nodo depresivo por un mecanismo de tipo cíclico y se establece un círculo vicioso entre el nodo depresivo por un mecanismo de tipo cíclico y se establece un círculo vicioso entre el nodo depresivo y los nodos cognitivos, entonces el estado de depresión inicial se intensificará y mantendrá por mucho tiempo. Por lo tanto es este círculo vicioso el que determina si un estado deprimido inicial se intensifica hasta convertirse en depresión clínica o permanece como estado leve y transitorio que pronto desaparecerá. (95).

En la teoría de Beck, ese tipo de interpretaciones y autoevaluaciones negativas, que equivalen a la triada cognitiva negativa son las que moderan el papel de factores ambientales, sin embargo a diferencia de esta teoría, la teoría de Teasdale no cree que el emparejamiento entre tipo de suceso y tipo de nodos o constructos cognitivos es un requisito necesario para la depresión.

#### DEPENDENCIA FUNCIONAL

Los conceptos de independencia y autonomía personal inexorablemente están unidos al de actividades de la vida diaria. De hecho, la independencia y autonomía personal se refiere a la misma en las actividades de la vida diaria. (114)

Dependencia funcional es definida por la OMS como el declive en la capacidad de ejecutar una o más de las actividades de la vida diaria. La cual puede ser consecuencia de la presencia de alguna enfermedad o un proceso degenerativo, afectando una o varias partes del organismo provocando la alteración del funcionamiento normal y con ello la incapacidad para realizar las Actividades de la vida diaria.

Dentro de las diferentes posibilidades de actuación hay un tipo de actividades que son comunes a las distintas culturas y tiempos y tienen que ver con la supervivencia y mantenimiento personal. Otras conductas son rutinarias, esperables y a veces responden a las responsabilidades personales en función

de los distintos roles. A estas actividades se las conoce habitualmente como actividades de la vida diaria (también conocidas como AVD). (114)

Con el avance de la década de los años 80 se amplía el concepto, contemplando no sólo las actividades personales de independencia personal sino también aquellas que permiten tener independencia económica y autonomía en otros ámbitos cotidianos como las actividades de participación social, comunitaria y lúdica, aspecto que culminó en la década de 1990, con la escisión en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

De este modo, se hace necesario diferenciar las AVD según el grado de complejidad cognitiva. Así, se puede hacer una taxonomía de las mismas en función de si se consideran básicas o instrumentales. (114)

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los 6 años), con el fin de lograr la independencia personal. Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso. (114)

No obstante, conviene reconocer el hecho de que las actividades relacionadas con la supervivencia son actividades dependientes de cada cultura, que regula el modo para llevarlas a cabo adecuadamente, a través de rituales que en algunas ocasiones hacen difícil su asimilación y comprensión, así como su desempeño eficaz. (114)

Poseen además, una función social básica, puesto que son indispensables para ser admitido y reconocido como un miembro perteneciente a una determinada comunidad. Es decir, constituyen el soporte mínimo para que se dé una integración social básica, permitiendo a cada sujeto realizar actividades que lo incorporan a lo social y, a la vez, se conforman en insignias que permiten reconocer a un individuo como perteneciente a una determinada cultura y sociedad. (114)

En cambio, las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, suelen ser instrumentales, frente a las primeras que son finalistas, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias. (114)

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requerida en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está íntegra. (107)

Los cambios naturales y problemas de salud que experimenta el adulto mayor se traducen en la declinación de sus capacidades funcionales, las que alcanzan su mayor expresión el adulto joven, y en la etapa de envejecimiento disminuyen notoriamente (109) La habilidad para continuar viviendo de manera autónoma es crítica para todo adulto mayor. La pérdida de esta habilidad es una enfermedad seria, la cual muchas veces lleva al internamiento en casas de reposo. (108)

Los cambios que se producen en la vejez, no se deben exclusivamente al proceso biológico normal e irreversible del envejecimiento que afecta a distintos órganos y sistemas corporales, sino que, a la combinación de varios otros factores interrelacionados, tales como la pérdida prematura de aptitudes funcionales por desuso, las enfermedades agudas y crónicas, la marginación social, la desnutrición, la pobreza y otros. (110)

Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. De esta forma, si una persona no quiere realizar una actividad aunque realmente pueda realizarla, se le considera dependiente. Se basa por tanto, en el estado actual de la persona y no en su capacidad real para realizar las funciones (113).

Algunas actividades requieren ser aprendidas o de la presencia de elementos externos para su realización. Las actividades instrumentales son difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro. No todas las personas poseen la misma habilidad ante un mismo grado de complejidad. (113)

Los Adultos mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias y participar en aquellas que aseguren el mantenimiento personal (comer, bañarse, vestirse, etc.) y que se consideran un ingrediente esencial de la vida; sin embargo, también pueden involucrarse con otros en algo más que las actividades básicas, tomar parte en el medio ambiente externo y en actividades que son por lo tanto enriquecedoras. Por lo que es muy importante diferenciar entre los tipos de actividades de la vida diaria (AVD) en los adultos mayores. Las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que se refieren a mantenimiento personal en término de supervivencia física; Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que alude al mantenimiento personal en términos de la supervivencia cultural y trabajo. (111)

Las Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD), se definen como aquellas actividades que son vitales para el mantenimiento de la función normal de los Adultos mayores en el hogar y en la comunidad. (112)

Las actividades de la vida diaria están relacionadas con el logro de la independencia personal y la autonomía. En este sentido, se entiende que la independencia personal es la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades básicas, o realizar las actividades básicas de la vida diaria. En cambio, el término autonomía incluye además la independencia económica y la capacidad para tomar decisiones y obrar de acuerdo con las normas y creencias propias. De este modo, la situación de dependencia puede ser definida como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayuda importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria. (114)



Las actividades de la vida diaria también construyen la identidad personal, están relacionadas con determinadas responsabilidades personales y sociales, son una forma de expresión y diferenciación personal. (114)

Los rasgos distintivos que caracterizan a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se pueden establecer en torno a:

Los objetivos: es decir, las básicas son un tipo de actividad sobre la que se sustenta algo fundamental, esencial en oposición a la cualidad de mediadoras de las otras, aquellas de las que nos servimos para hacer algo, que utilizamos para lograr algo, y que pueden ser delegadas en otros.

La complejidad: las básicas se definen por su sencillez o simplicidad en contraposición con la mayor complejidad de procesos cognitivos y sociales que define a las actividades instrumentales.

La privacidad: Las actividades básicas, son personales frente a las instrumentales que pueden ser colectivas en el sentido de realizarse para interactuar con el entorno, pública-mente sin necesidad de intimidad. (114)

Hay una serie de acontecimientos vitales (jubilación, muerte del cónyuge, muerte de amigos, etc.) que provocan ciertas reacciones disfóricas, es decir, manifestaciones de ansiedad, preocupación y tristeza. Si estas reacciones se intensifican, prolongan en el tiempo y son acompañadas de un mayor número de síntomas constantes en un período dado, la afección se denomina depresión: “Un estado de ánimo que se caracteriza por la profunda y desproporcionada tristeza que sufre el individuo sin que esta se encuentre justificada. (127)

### **APOYO SOCIAL.**

Entre las características de la red más relevantes para el apoyo social están:

- 1.- Tamaño (o número de personas con las que el individuo mantiene contactos sociales).
- 2.- La fuerza de los vínculos (que incluye desde el grado de intimidad hasta el tiempo e intensidad de las relaciones).

3.- Densidad (o grado en que los miembros se conocen y contactan entre ellos independientemente del individuo).

4.- Homogeneidad de los miembros (o similitud demográfica y social de los miembros de la red).

Y 5.- Dispersión de los miembros o facilidad con que los miembros de la red pueden ponerse en contacto). (115) (116)

Las redes sociales son “los lazos directos e indirectos que unen a un grupo de individuos según criterios definidos, como la relación de parentesco, de amistad o de conocimiento. (115) (116). Son los vínculos sociales de los individuos que se conocen, se gustan o no, y se dan o piden cosas recíprocamente (estaríamos hablando de red social útil o inútil). Es por lo que una función básica de la red social es la de prestar el denominado “apoyo social”, que contribuye al mantenimiento de la salud y mejora la evolución de diferentes enfermedades. (115) (116)

El apoyo, por lo que respecta a su contenido, operaría a tres niveles

**Cognitivo:** se pretende ofrecer información a una persona receptora de apoyo con la intención de corregir concepciones erróneas y clarificar dudas acerca, por ejemplo, de una enfermedad.

**Afectivo:** se hace frente a las reacciones y sentimientos de la persona, animándole a que manifieste sus preocupaciones, miedos y dificultades en su vida familiar y relaciones sociales.

**Conductual:** se ofrecen estrategias concretas para hacer frente a dichos problemas. (115) (116)

Definir “apoyo social” es difícil, ya que se puede decir que hay tantas definiciones como autores. Aquí se mencionan algunos:

“Vínculos entre individuos o entre individuos y grupos que sirven para mejorar la adaptación cuando uno se enfrenta a situaciones de estrés, reto o privación” (115) (116)

“Cualquier impulso provisto por otra persona (o grupo) que mueve al receptor hacia las metas que desea”. (115) (116)

“Grado en que los individuos tienen acceso a recursos sociales, a partir de relaciones de confianza con otros individuos”. (115) (116)

“La gratificación de una persona de las necesidades sociales básicas (aprobación, estima, ayuda, etc.) a través de su interacción con otros individuos”. (115) (116)

“Apoyo accesible a un individuo a través de sus vínculos sociales con otros individuos, grupos y comunidad”. (115) (116)

“Intercambio entre, al menos, dos individuos, con el objetivo, percibido por el proveedor o el receptor, de incrementar el bienestar del receptor”. (115) (116)

“Aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querido o amado”. (115)

El apoyo social es una transacción interpersonal que incluiría una de estas cuatro categorías:

- 1.- Apoyo emocional (muestras de empatía, amor y confianza).
  - 2.- Apoyo instrumental (conductas directamente dirigidas a solucionar el problema de la persona receptora).
  - 3.- Apoyo informativo (recibir información útil para afrontar el problema).
  - 4.- Apoyo valorativo (información relevante para la autoevaluación o las comparaciones sociales, excluyendo cualquier aspecto afectivo que pudiera acompañar a esta información, en cuyo caso se trataría de apoyo emocional).
- (115) (116)

El apoyo social ofrece información, comprensión del significado de las enfermedades y sentido de valía para enfrentarlo adecuadamente. Además, existen estudios que indican que hay un impacto positivo sobre los estados de depresión y los estilos de afrontamiento y nivel de apoyo. El apoyo puede proceder de amistades, confidentes, familiares y de otras personas que también tienen la experiencia de marginación y rechazo. (115) (116)

El apoyo social debe ser entendido como un constructo multidimensional destacando dos dimensiones que parecen extraerse de las distintas propuestas realizadas por los autores: dimensión estructural versus dimensión expresiva, es decir, por una parte, la existencia de redes (o dimensión estructural) que proporcionen dicho apoyo y por otra, el contenido del mismo (o dimensión expresiva). (115) (116)

Por otra parte, el estudio del apoyo social debe abordarse desde una perspectiva interactiva, incluyendo características personales (del receptor del apoyo) como características de la situación. En este caso, al hablar de situación o contexto nos referimos a aspectos como el tipo concreto de apoyo necesario y/o percibido (instrumental, emocional, etc.), fuente que lo proporciona (familia, amigos, profesionales, etc.), o su finalidad (el problema concreto al que va dirigido) (115) (116)

Desde otra perspectiva, se habla de apoyo social como una variable personal en el sentido en que los individuos pueden diferenciarse en la cantidad de personal en el sentido en que los individuos pueden diferenciarse en la cantidad de apoyo que reciben y en su forma de percibirlo, investigando su relación con variables como ansiedad, extraversión, hostilidad, autoestima, etc., o analizando si tiene algún grado de estabilidad temporal y consistencia transituacional. En este sentido, habría que recordar que a veces las situaciones engendran necesidades de apoyo no sólo para una persona concreta, sino para otras personas de la red. (115) (116)

Aparentemente las dos explicaciones más satisfactorias (con estudios que las confirman) en torno a los efectos beneficiosos del apoyo social, son las siguientes:

1.- Apoyo como “efecto principal”. Un efecto beneficioso del apoyo social de carácter general podría ocurrir porque las redes sociales amplias proporcionan experiencias positivas de forma regular, recompensas sociales, información adecuada, lo que proporciona al sujeto un efecto positivo, un sentido de estabilidad, y un reconocimiento de valía personal. Este tipo de apoyo social podría estar relacionado con la salud física a través, por ejemplo, de la puesta en práctica de hábitos adecuados. (115) (116)

2.- Apoyo como “moderador del estrés (buffer)” ya que el estrés surge cuando una persona percibe una situación como amenazante y no tiene una respuesta adecuada para enfrentarse a ella. Estas situaciones son aquellas en las que la persona percibe que es importante responder pero no tiene disponible de forma inmediata una respuesta apropiada. Los efectos característicos de la percepción de estrés son reacciones afectivas negativas, elevación de las respuestas fisiológicas, y readaptaciones conductuales. (115) (116)

### **ACTIVIDAD FISICA**

El envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo, de ahí que su presentación y evolución sean individualizadas. En este sentido, los humanos envejecen de manera distinta y la edad cronológica no siempre es representativa de la biológica. (39)

Los factores ambientales y los estilos de vida influyen significativamente en el tipo de envejecimiento que presenta cada individuo (39), desde tiempos remotos se ha reconocido que el ejercicio físico definido como la actividad física planificada, estructurada, repetitiva y dirigida hacia un fin con una duración mínima de 30 minutos por lo menos 3 días a la semana, tiene efectos benéficos sobre la función cardiovascular, pulmonar, musculoesquelética, inmunitaria y metabólica en general, además de promover la liberación de endorfinas y neurotransmisores, entre los que destaca la serotonina, provocando una sensación de bienestar.(39) (117) (118).

El ejercicio físico es uno de los estilos de vida de gran relevancia para alcanzar el máximo de salud y bienestar en la vejez, ya que reduce la comorbilidad por enfermedades cronicodegenerativas, mejorando la calidad de vida en los adultos mayores. (39) (119)

Se ha demostrado que el ejercicio físico disminuye el riesgo para cuadros subsecuentes de depresión. (120) El ejercicio físico además de los efectos bioquímicos favorece la socialización, la cual tiene un efecto protector para la depresión.(121) Por otro lado, aunque es indiscutible que el ejercicio físico tiene un efecto benéfico para la salud física y mental, se ha demostrado que si se

realiza de manera extenuante propicia el estrés oxidativo, incrementado el riesgo para enfermedades cronicodegenerativas, aunado a un envejecimiento acelerado; no obstante, si el ejercicio físico es de moderada intensidad, con una duración de 30 a 60 minutos, tiene un efecto positivo sobre la eficiencia del sistema antioxidante a través del mecanismo biológico denominado hormesis.(39) Se puede señalar que los hallazgos e estudios apoyan la propuesta de que el ejercicio físico tiene un efecto protector contra la depresión en ancianos.(39)





### III. JUSTIFICACION

Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. (2)

El adulto mayor es un individuo con necesidades médicas-sociales y una de las prioridades de la atención a la salud debería ser mantenerlo capacitado e independiente en el seno de la familia y en la comunidad.

El incremento en la esperanza de vida y sus expectativas en la sociedad requiere de definir los roles sociales de los adultos mayores, lo que implica realizar arreglos sociales que permitan a las personas mayores el desarrollo de todas sus potencialidades en busca de un envejecimiento digno, exitoso y saludable, apoyado en la funcionalidad biológica y social para una adecuada integración social y familiar lo que implica superar las barreras sociales y culturales que impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades, ello involucra la necesidad de mantener al adulto mayor con una adecuada calidad de vida y con salud en lo posible, incluyendo el estado anímico, por lo que es indispensable el determinar los factores asociados que llevan a la elevada incidencia de depresión en los adultos mayores, debido a esto los médicos de primer nivel requerimos de identificar los factores asociados del estado depresivo del adulto mayor como motivación para determinar estrategias que nos permitan prevenir en lo posible que el adulto mayor presente estado depresivo y peor aún por un largo periodo de tiempo.

El presente trabajo se determinaron los factores asociados de la depresión en los pacientes adultos mayores que ya cuentan con diagnóstico de depresión y que son valorados en el servicio de psiquiatría del Hospital General de Zona No. 1, como fuente de concentración de pacientes con estado depresivo sin tomar en cuenta el tiempo de evolución y los manejos farmacológicos y terapéuticos que se les proporcionan.

En la diferente literatura revisada se encontró que hay una mayor fuerza de asociación en la depresión en el adulto mayor con los factores de apoyo social, dependencia funcional, dependencia económica, poca actividad física entre

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

otros factores por lo que ésta tesis se enfocó a buscar asociación con éstos factores en población de Aguascalientes que acuden al servicio de psiquiatría.



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

#### IV. OBJETIVOS

##### **Objetivo General:**

Identificar los factores asociados a la depresión en el adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS en Aguascalientes.

##### **Objetivos Específicos:**

- 1.- Caracterizar los elementos de la muestra en el adulto mayor, que acuden a consulta de Psiquiatría y población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.
- 2.- Asociar las características de los elementos de la muestra a la depresión en pacientes adulto mayor, que acuden a la consulta de Psiquiatría y población abierta derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.
- 3.- Relacionar el factor específico dependencia funcional a la depresión en pacientes adulto mayor, que acuden a la consulta de Psiquiatría y población abierta derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.
- 4.- Asociar el factor específico apoyo social a la depresión en pacientes adulto mayor, que acuden a la consulta de Psiquiatría y población abierta derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.
- 5.- Relacionar las características de los elementos de la muestra al grado de depresión de pacientes adulto mayor, no diagnosticados para depresión en población abierta derechohabiente del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes. .
- 6.- Asociar el factor específico dependencia funcional al grado de depresión de pacientes adulto mayor, no diagnosticados para depresión, en población abierta derechohabiente del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.
- 7.- Asociar el factor específico apoyo social al grado de depresión de pacientes adulto mayor, no diagnosticados para depresión, en población abierta derechohabiente del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.
- 8.- Comparar en ambos grupos el grado de asociación con los factores en estudio y la presencia de depresión en pacientes adultos mayores del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.

## VI.- MATERIAL Y METODOS

### VI.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional, comparativo, analítico, transversal.

### VI.2 UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes derechohabientes de 60 años ó mayores con diagnóstico de depresión que acuden a control al servicio de consulta externa de Psiquiatría del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.

#### **Unidad de observación**

Pacientes de 60 años ó mayores con depresión, que acuden a control por Psiquiatría al HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.

#### **Unidad de análisis**

Adulto mayor con depresión de la unidad HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.

### CRITERIOS DE DELIMITACION

#### **Criterios de inclusión**

1. Pacientes de ambos sexos mayores de 60 años de edad con depresión.
2. Pacientes que acuden a consulta externa de psiquiatría en HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.
4. Pacientes de ambos sexos que acepten participar en la investigación.
5. Pacientes de ambos sexos que adscritos y activos a HGZ No. 1 Aguascalientes.

#### **Criterios de no inclusión**

1. Pacientes de ambos sexos que no estuvieron adscritos a HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.
2. Pacientes en quienes las alteraciones del lenguaje les impidan contestar la entrevista.
3. Pacientes de ambos sexos que no acepten participar en la investigación.
4. Pacientes de ambos sexos menores de 60 años de edad.

5. Pacientes de ambos sexos que adscritos foráneos (por ser minoría) a HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.
6. Pacientes de ambos sexos que pertenezcan a unidades de medicina familiar no zonificadas al HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.
- 7 Pacientes deprimidos mayores de 60 años con enfermedades concomitantes incapacitantes.

**Criterios de eliminación**

1. Pacientes de ambos sexos que decidan ya no participar en la investigación en determinado momento.
2. Pacientes de ambos sexos que no acudan a consulta de Psiquiatría.
3. Instrumentos mal llenados, incompletos o ilegibles.

**VI.3 MUESTRA**

**TIPO DE MUESTREO**

No probabilístico por conveniencia: Ya que se buscó los sujetos de estudio para completar su muestra, en grupos que cumplieron con las características de padecer específicamente patologías psiquiátricas, y tuvieron la peculiaridad de acudir periódicamente a un lugar de atención psiquiátrica con 1 consultorio en 2 turnos del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes. Se realizó un comparativo en una segunda muestra que comprendió aquellos adulto mayores de 60 años derechohabientes del IMSS que aceptaron participar y que una vez aplicado el instrumento de depresión resultó negativo para depresión.

**TAMAÑO DE LA MUESTRA**

La primer muestra se generó mediante la aplicación del siguiente método estadístico y se basó en el censo de los pacientes que acuden a consulta de psiquiatría y que tienen diagnóstico de Depresión.

•Para población finita pequeña:

$$n = (N \cdot z^2 \cdot p \cdot q) / [d^2(N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q]$$

Donde:

$n$  = Tamaño de muestra

$z$  = Área bajo la curva normal (Nivel de confianza al 95%) (1.96 log)

$p$  = Probabilidad de que ocurra el evento (porcentaje tomado de un estudio similar) (18)

$q$  = No probabilidad de que ocurra el evento ( $1 - p$ )

$d$  = Error de muestreo (0.05)

$N$  = Tamaño de la población (130 paciente que acuden a la consulta de psiquiatría)

Por medio de éste método estadístico genera un total de 67 pacientes a muestrear, de inicio, ya que estará sujeta a cambio de la modificación de la segunda muestra comparativa de pacientes derechohabientes del IMSS que no acuden al servicio de psiquiatría y que den positivo a depresión en la aplicación del instrumento. (128)

La segunda muestra también aplicando el mismo método estadístico para muestreo se aplicará a población abierta mayor de 60 años derechohabiente del IMSS que no acude a consulta de psiquiatría, pero aplicando una fórmula diferente donde no se cuenta con un universo definido. (128)

• Para población infinita o suficientemente grande para ignorar la corrección por población finita:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Donde:

$n$  = Tamaño de muestra

$z$  = Área bajo la curva normal (Nivel de confianza al 95%) (1.96 log)

$p$  = Probabilidad de que ocurra el de un estudio similar. (18)

$q$  = No probabilidad de que ocurra el evento ( $1 - p$ )

$d$  = Error de muestreo (0.05)

Por medio de éste método estadístico genera un total de 138 pacientes a muestrear, de inicio, ya que estará sujeta a cambio de la modificación de pacientes derechohabientes del IMSS que no acuden al servicio de psiquiatría y que den positivo a depresión en la aplicación del instrumento, ya que éstos se agregarán a la primer muestra disminuyendo el número de ésta.



## VI.4 PLAN PARA RECOLECCION DE INFORMACION

### TÉCNICA

Los pacientes a estudiar fueron tomados censalmente de las consultas de los meses Enero Febrero y Marzo, estadísticas mas recientes de la HGZ. No.1 generando un universo finito de 130 pacientes atendidos.

El tipo de instrumento fue mixto, usando la Entrevista para 3 instrumentos en específico que fueron la ficha de identificación que constó de la caracterización básica de los elementos de la muestra.

Otro fue el instrumento de MOS referente al apoyo social y el último instrumento compuesto por el índice de Katz. Y la escala de Lawton y Brody referente a la de dependencia funcional y un 4to instrumento el cual fue de tipo cuestionario, Cada Instrumento explicará sus variables específicas más adelante.

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y COVARIABLES

Es un instrumento de entrevista donde se recabó información básica del paciente datos socio demográfico el cual está constituido por 16 ítems en total 5 de ellos son preguntas abiertas de respuesta breve, donde se proporciona nombre, domicilio, numero de afiliación del IMSS, tiempo de derechohabencia, y cronicidad del padecimiento psiquiátrico, el resto de ítems 11 son de opción múltiple como edad por intervalos, sexo, Edo. Civil, escolaridad, estado económico, grado de actividad física, actividad actual ocupacional, grado de padecimientos comórbidos, grado de polifarmacia, turno de atención medica, tipo de derechohabencia.

### APOYO SOCIAL, INSTRUMENTO DE MOS

(The Medical Outcomesstudy Social SupportSurvey, MOSS-SSS) en la versión española de López, et al. (2000) que consta de 20 ítems, en un formato tipo likert con 5 opciones de respuesta que van desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre), donde a mayor puntuación mayor apoyo percibido y viceversa, La primera pregunta informa sobre el tamaño de la red social. Los

19 ítems restantes recogen valores referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: apoyo emocional/informacional (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), apoyo instrumental (preguntas 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (preguntas 7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo (preguntas 6, 10 y 20). (104)

INSTRUMENTO COMPUESTO POR EL ÍNDICE DE KATZ Y LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY REFERENTE A LA EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA.

Estos instrumentos son estructurados, categorizados, de opción múltiple mutuamente excluyente, se divide en dos dimensiones principales la evaluación de las actividades de la vida diaria en las básicas por medio del índice de Katz y las instrumentadas por medio de la escala de Lawton y Brody a continuación se describen más detalladamente.

#### ÍNDICE DE KATZ.

Fue elaborado por un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, terapeutas, trabajadores sociales y psicólogos) en un hospital de pacientes crónicos y se publicó en 1963. Es la escala de evaluación de las ABVD más difundida y ha sido recomendada por varios organismos y conferencias de consenso. Consta de 6 ítems ordenados jerárquicamente según la secuencia en la que los pacientes pierden o recuperan la independencia para realizarlos. Cada ítem tiene tres posibles respuestas y la barrera de dependencia para cada actividad depende del grado de ayuda que necesitan para realizarla. La fiabilidad entre observadores en el estudio original era excelente, aunque en trabajos españoles varía de moderada a excelente. La sensibilidad para detectar cambios pequeños en la situación funcional de los pacientes es aceptable, aunque menor que la del índice de Barthel. De igual manera, su forma de clasificar a los pacientes puede presentar dificultades en cuanto a la manipulación estadística. (100)

#### LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY.

Fue desarrollada en el centro geriátrico de Filadelfia, de ahí que también se la conozca como "Philadelphia Geriatric Center Instrumental Activities Daily Living"; fue publicada en 1969, como resultado de sus estudios sobre organización y complejidad de las diferentes áreas de la conducta humana. Consta de 8 ítems

cuya puntuación varía de 0 (máxima dependencia) a 8 (independencia total). Es la escala más recomendada para AIVD; en España ha sido utilizada por algunos autores para describir la situación funcional de la población anciana. (100)

#### ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage, et al., ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos.

**POBLACIÓN DE DESTINO:** El GDS puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo. (126) (ver anexo 2)

#### **VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.**

Los instrumentos utilizados excepto al ficha de identificación, útiles para medir las variables principales de esta investigación son instrumentos expofacto los cuales previamente se realizó su validación, a continuación de forma específica se comenta.

## APOYO SOCIAL, INSTRUMENTO DE MOS

Los parámetros del Moss mostraron valores altamente aceptables: 0.919 para la consistencia interna según el Alfa de Cronbach, por todo ello se presenta como un instrumento validado para la evaluación del apoyo social percibido. (105)

INSTRUMENTO COMPUESTO POR EL ÍNDICE DE KATZ Y LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY REFERENTE A LA EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y ACTIVIDADES INSTRUMENTALES.

## ÍNDICE DE KATZ.

## VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En los treinta y cinco años desde que se desarrolló el instrumento, ha sido modificado y simplificado y se han utilizado diferentes enfoques respecto a la puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional en la población de edad mayor se ha demostrado en forma constante. (101)

## FIABILIDAD:

Posee una buena reproducibilidad intraobservador, aunque es mejor en los pacientes menos deteriorados, encontrándose en todos los estudios coeficientes de correlación ( $r$ ) entre 0.73 y 0.98. (106) La reproducibilidad interobservador también es alta. Inicialmente su autor encontró diferencias en un máximo de una de cada 20 evaluaciones; en otros estudios realizados posteriormente, esta cualidad métrica de la escala mostró valores semejantes. (106) La consistencia interna del índice y la jerarquía de los ítems han sido corroboradas en múltiples estudios. (106)

## VALIDEZ:

En cuanto a la validez de la escala, es fundamentalmente de contenido y de constructo (106). Desde su publicación ha sido utilizado como patrón oro respecto al que comparar la validez concurrente de otros índices de valoración funcional más recientes (106). Es difícil contrastarlo con un criterio externo, pero cabe señalar que tiene valor predictivo sobre la estancia media hospitalaria, la

institucionalización y la mortalidad a corto y largo plazo, siendo en ello ligeramente superior al índice de Barthel cuando se aplica en pacientes crónicos. LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY.

#### VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Existen varios tipos de validez y en el caso de la escala de AIDV se ha confirmado que su validez es de relevancia para su uso en el contexto clínico, para focalizar y planificar servicios de salud y para evaluar los mismos. Se han establecido medidas de confiabilidad con los componentes básicos de la escala y se consideran aceptables. (101)

Fiabilidad, validez y limitaciones: Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94), No se han reportado datos de fiabilidad. (103)

#### ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD: La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínicas. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ( $r = 0.84, p < 0.001$ ) (Sheikh & Yesavage, 1986). (126)

FORTALEZAS Y LIMITACIONES: El GDS no reemplaza la entrevista de diagnóstico realizada por profesionales de salud mental. Es una herramienta de detección útil en el entorno clínico que facilita la evaluación de la depresión en los adultos mayores, especialmente cuando las mediciones de base se comparan con puntajes posteriores. No sirve para evaluar los intentos de suicidio. (126)

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a

sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada.

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido; el marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación autoadministrada; su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano. (127)

#### INTERPRETACIÓN

Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems. Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

Normal	0-4 puntos	Depresión
Leve	5-8 puntos	Depresión
moderada	9-11 puntos	
Depresión severa	12-15 puntos.	

(127)



**RECURSOS:**

Recursos humanos.

- El asesor
- El investigador.

Recursos materiales.

- Encuestas
- Fotocopias
- Equipo de oficina
- Computadora
- Conexión a Internet
- Cartuchos de tinta para computadora
- Impresora
- Lápices, plumas
- Hojas para impresión.

Recursos económicos.

- Presupuesto
- Autofinanciado por el investigador principal (Ver Anexo 5)

**LOGISTICA:**

Para el presente trabajo de investigación se seleccionó a las personas mayores de 60 años con depresión atendidos en la consulta de psiquiatría del HGZ 1 IMSS de Aguascalientes.

1.- Se solicitó autorización al Director de HGZ No.1 para la realización de las encuestas y trabajo de campo, mostrando el número de folio que autorizó el comité de investigación, se solicitaron las facilidades necesaria para la elaboración de las entrevistas.

2. Se solicitó a la asistente médica la relación de pacientes citados a consulta de psiquiatría con edad mayor de 60 años.

3. Se explicó al familiar y al paciente el motivo de la entrevista y se solicitó la firma del consentimiento informado de manera personal por el investigador, garantizándoles el anonimato y confidencialidad, explicándoles el propósito de la investigación, sus objetivos y desarrollo de la misma, el tipo de instrumento de evaluación, el tiempo para su contestación. Los pacientes gozarán de libertad de expresión sin verse alterada la atención médica y la relación médico-paciente.

4.- Se asistió en horario mixto a su domicilio de cada paciente, este obtenido de la base de datos de estadísticas Del HGZ 1 IMSS Aguascalientes.

5.- Para la aplicación del cuestionario a pacientes que acudan a la consulta de Psiquiatría y que tuvieron diagnóstico posible de depresión en cualquiera de sus modalidades; se les informó en qué consistió la encuesta y se llevó a cabo el cuestionario bajo la aceptación del paciente y/o el familiar. Al final por los criterios de delimitación se concluyó con una muestra de 48 pacientes con depresión que acudían a consulta de psiquiatría, y 156 pacientes de población abierta derechohabientes del IMSS HGZ 1 que no acuden a consulta, compensando los eliminados y por los de no inclusión de la primer muestra.

6.- Se portó gafete para identificarse al momento de interactuar con el paciente.

#### **TIEMPO:**

La investigación fue efectuada en un lapso de tiempo de 1 semana, durante la cual a partir de la presentación y aceptación de este protocolo por el comité de investigación local se realizaron diversas actividades, como la planeación y la recolección de datos programados en el mes de Mayo, para el levantamiento de 67 y 138 encuestas, la construcción de la base de datos, para posteriormente la realización del análisis de resultados y reporte final durante la segunda semana del mes de Junio y Julio .(ver anexo 4).

#### **VI.5.- PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE LOS DATOS.**

El plan para el procesamiento de datos y análisis de los datos se realizó dando respuesta y tomando en cuenta cada uno de los puntos principales en la investigación como es cumplir con cada uno de los objetivos, contemplando la medición de cada variable principal y estadísticas, en su posibilidad de ser estas variables tanto cualitativas como cuantitativas, por medio de un tipo de estudio meramente descriptivo asociativo, por lo que el análisis estadístico solo se limitó a ser también descriptivo y de asociación.

**Aspectos del Plan:****Ordenamiento de los Datos**

Los datos que se obtuvieron en los instrumentos de trabajo de campo se capturaron y se almacenaron en forma cotidiana proceso que comúnmente se conoce como Tabulación.

**Control de Calidad:**

Con un proceso de captura-recaptura para validar la confiabilidad del proceso dándole un control de calidad, esto se realizó de la siguiente forma:

- 1.- Revisión de cada 10 instrumentos contestados por los participantes, verificando que el llenado de este completo, los instrumentos contaran con un folio para garantizar el orden de llenado y captura.
- 2.- Verificación de la matriz de datos por cada 10 instrumentos tabulados, esto por medio de la filtración de cada fila correspondiente a cada variable estadística o ítem para corroborar que la codificación fue la adecuada por cada celda correspondiente en columna a cada instrumento.
- 3.- Verificación final de toda la matriz de datos por cada instrumento capturado, en cada una de sus ítems del instrumento.

**Hoja Maestra de Datos (Matriz o Base de Datos)**

Mediante la generación de la base de datos, con el paquete estadístico EXCEL se realizó la primera parte de la tabulación, posteriormente se utilizó el programa computacional SPSS versión 15, para el cumplimiento del objetivo general y específicos, donde se realizó un mejor acomodo por cada covariable como número de seguridad social, edad por intervalos, genero, estado civil, escolaridad, nivel económico, actividad actual ocupacional, grado de actividad física, grado de padecimientos comórbidos , grado de polifarmacia, turno de atención médica , tipo de derechohabiencia, tiempo de derechohabiencia y cronicidad del padecimiento en estudio, con la ayuda del programa estadístico SPSS se añadió la codificación adecuada y recodificación necesaria para cada

resultado de cada covariable antes mencionada en el siguiente orden respectivo: 1.- 60 a 70 años, 2.- 71 a 80 años, 3.- 81 años o mas; 1.- femenino, 2.- masculino; 1.- Soltero(a), 2.- Casado(a), 3.- Viudo(a), 4.- Divorciado (a), 5.- Unión libre; 1.- analfabeta, 2.- Básico (primaria, secundaria, preparatoria, técnico), 3.- Posbásico (licenciatura, maestría, doctorado); 1.- Depende económicamente de familiares, 2.- Económicamente independiente; 1.- Ejercita cardiovascular (por ejemplo: ciclismo, natación, caminata, correr, futbol, basquetbol, cachi bol, beisbol, etc.) por lo menos 30 minutos cada 3er día. NO SEDENTARIO, 2.- Ejercita cardiovascular (por ejemplo: ciclismo, natación, caminata, correr, futbol, basquetbol, cachi bol, beisbol, etc.) por lo menos 30 minutos pero menos de 3 veces por semana o menos de 30 minutos o hace ejercicio no cardiovascular efectivo o no hace nada. SEDENTARIO; 1.- Tiene un empleo fijo o un comercio estable EMPLEADO, 2.- Empleo esporádico, comercio informal espontaneo o no se emplea. DESEMPLEADO; 1.- Solo su enfermedad psiquiátrica SIN COMÓRBIDOS, 2.- Además padece una o mas patologías agregadas (especifique) \_\_\_\_\_ CON COMORBIDOS; 1.- Solo su medicamento específico psiquiátrico SIN POLIFARMACIA, 2.- más de 2 medicamentos extra de su tratamiento psiquiátrico CON POLIFARMACIA; 1.- TM, 2.- TV; 1.- Trabajador, 2.- Padre o madre, 3.- Abuelo(a), 4.- Pensionado (a). Para los ítems de preguntas abiertas se recategorizó a priori.

Para la variable principal en estudio Gradificación de depresión se calificó en el siguiente orden:

15 ítems que se acomodaron dando uno como variable estadística con valor de 1 en cada ítem que en la sumatoria total da la escala fue:

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE	SIN DEPRESIÓN	DEPRESIÓN LEVE	DEPRESIÓN MODERADA	DEPRESIÓN SEVERA
ESCALA	0-4	5-8	9-11	12-15

Para las variables de asociación en su caso específico apoyo social se calificaron en el siguiente orden:

El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social, dando una variable estadística específica cuantitativa.

El resto de los ítems 20 conforman cada una, una variable estadística, con respuesta categórica en escala de likert 1.- Nunca, 2.- Pocas Veces, 3.- Algunas Veces, 4.- La mayoría de las veces, 5.- Siempre. En la sumatoria de estas puntuaciones de respuestas categóricas por ítems da cuatro escalas que miden las dimensiones principales de la variable:

	APOYO ALTO	APOYO MODERADO	APOYO BAJO
Apoyo emocional ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16,17 y 19	30 A 40	19 A 29	8 A 18
Ayuda material o instrumental ítems 2, 3,12 y 15	16 A 20	10 A 15	4 A 9
Relaciones sociales de ocio y distracción ítems 7, 11,14 y 18	16 A 20	10 A 15	4 A 9
Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño ítems 6,10 y 20	11 A 15	7 A 10	3 A 6
Índice global de apoyo social	69 A 94	44 A 68	19 A 43

Y en su caso específico actividades de la vida diaria se calificaron en el siguiente orden:

Para la actividades básicas de la vida diaria de Katz maneja 6 ítems 1.- bañarse, 2.- vestirse, 3.- usar el inodoro, 4.- movilidad, 5.- continencia, 6.- alimentarse, cada una de estas representando una variable estadística y con 3 posibles respuestas categóricas con los valores del 1 a al 3. En la sumatoria de estas puntuaciones de respuestas categóricas por ítems da la escala que miden:

INDICE DE KATZ	INDEPENDIENTE	REQUIERE ASISTENCIA	DEPENDIENTE
ESCALA ABVD	6- 9	10- 13	14- 18

Para la actividades instrumentadas de la vida diaria de Lawton y Brody maneja 8 ítems 1.- Capacidad para usar el teléfono, 2.- ir de compras, 3.- preparación de la comida, 4.- Cuidar la casa, 5.- Lavado de ropa, 6.- uso de medios de transporte, 7.- control de sus medicamentos, 8.- manejo de sus asuntos económicos. cada una de estas representando una variable estadística y con 3

posibles respuestas categóricas con los valores del 1 a al 3. En la sumatoria de estas puntuaciones de respuestas categóricas por ítems da la escala que miden:

ESCALA DE	INDEPENDIENTE	REQUIERE ASISTENCIA	DEPENDIENTE
LAWTON Y BRODY			
ESCALA AIVD	8 - 13	14 - 18	19 - 24

También con la ayuda del SPSS se llevo a cabo la recategorización de nuevas variables estadísticas para la creación de escalas de medición que ayudo a sintetizar y medir en conjunto de cada variable dimensionada haciendo sumatorias de las variables estadísticas.





### **Plan de análisis de los datos**

En un nivel de estadísticas descriptivas para todas las variables, se obtuvo la distribución de valores absolutos y relativos (razones o porcentajes), con el fin de caracterizar al objeto del estudio. Para la gradificación de las variables cualitativas (escala ordinal) se usó el diagrama de pastel, barras y tablas de datos. Y en un nivel de estadísticas inferenciales la búsqueda de la asociación de las variables específicas apoyo social y actividades de la vida diaria con la variable principal presencia o no de depresión y gradificación de depresión, por medio del estadístico no paramétrico para variables cualitativas multicategoría  $\chi^2$ .

### **Orden del resumen de los resultados en forma específica.**

- 1.- Datos Generales de los Factores socio demográficos en pacientes mayores de 60 años que acuden a la atención médica psiquiátrica y ha población abierta derechohabientes en el HGZ 1 IMSS Aguascalientes.
  - 1.1.- Medidas de frecuencias de tablas y grafico de barras, en edad por intervalos en pacientes adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría en HGZ No 1 en Aguascalientes.
  - 1.2.- Medidas de frecuencias de tablas y grafico de barras, por genero en pacientes adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y ha población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS en Aguascalientes.
  - 1.3.- Medidas de frecuencias de tablas, por escolaridad en pacientes adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y ha población abierta derechohabientes en HGZ No.1 IMSS en Aguascalientes.
  - 1.4.- Medidas de frecuencias de tablas, por estado civil en pacientes adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y ha población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS en Aguascalientes.
  - 1.5.- Medidas de frecuencias de tablas, por nivel económico en pacientes adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y ha población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS en Aguascalientes.

1.6.- Medidas de frecuencias de tablas, por grado de actividad física en pacientes adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y ha población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS en Aguascalientes.

1.7.- Medidas de frecuencias de tablas, por actividad actual ocupacional en pacientes adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y ha población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS en Aguascalientes.

1.8.- Medidas de frecuencias de tablas, por grado de padecimientos comórbidos en pacientes adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y ha población abierta derechohabientes en HGZ No 1 IMSS en Aguascalientes.

1.9.- Medidas de frecuencias de tablas, por grado de polifarmacia en pacientes adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y ha población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS en Aguascalientes.

1.10.- Medidas de frecuencias de tablas, por turno de atención medica en pacientes adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y ha población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS en Aguascalientes.

1.11.- Medidas de frecuencias de tablas, por tipo de derechohabiencia en pacientes adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y ha población abierta derechohabientes en HGZ No 1 IMSS en Aguascalientes.

1.12.- Medidas de frecuencias de tablas, por tiempo de derechohabiencia en pacientes adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y ha población abierta derechohabientes en HGZ No 1 IMSS en Aguascalientes.

1.14.- Medidas de frecuencias de tablas, por cronicidad del padecimiento en estudio en pacientes adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y ha población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS en Aguascalientes.

2.- Datos de la Variable Principal y variables factores específicos asociados

2.1.- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en tabla de salida con frecuencias absolutas, relativas, acumuladas y grafico de sectores.

2.2.- Escala de Lawton y Brody para evaluación de las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria representada en tabla de salida con frecuencias absolutas, relativas, acumuladas y grafico de sectores.

2.3.- Índice de Katz para evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria representada en tabla de salida con frecuencias absolutas, relativas, acumuladas y grafico de sectores.

2.4.- Dimensión Apoyo emocional para evaluación de Apoyo Social representada en tabla de salida con frecuencias absolutas, relativas, acumuladas.

2.5.- Dimensión Ayuda material o instrumental para evaluación de Apoyo Social representada en tabla de salida con frecuencias absolutas, relativas, acumuladas.

2.6.- Dimensión Relaciones sociales de ocio y distracción para evaluación de Apoyo Social representada en tabla de salida con frecuencias absolutas, relativas, acumuladas.

2.7.-Dimensión Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño para evaluación de Apoyo Social representada en tabla de salida con frecuencias absolutas, relativas, acumuladas.

2.8.- Escala de Apoyo Social representada en tabla de salida con frecuencias absolutas, relativas, acumuladas y grafico de sectores.

3.- Tabulaciones Cruzadas donde se buscó asociación con  $X^2$ , entre Datos Generales de los Factores socio demográficos y las variables específicas apoyo social y actividades de la vida diaria con la Variable Principal Depresión.

3.1.- Asociación entre presencia o no de depresión y edad por intervalos.

3.2.- Asociación entre presencia o no de depresión y sexo

3.3.- Asociación entre presencia o no de depresión y Edo. Civil.

3.4.- Asociación entre presencia o no de depresión y escolaridad

3.5.- Asociación entre presencia o no de depresión y estado económico

3.6.- Asociación entre presencia o no de depresión y grado de actividad física.

3.7.- Asociación entre presencia o no de depresión y actividad actual ocupacional.

3.8.- Asociación entre presencia o no de depresión y grado de padecimientos comórbidos.

3.9.- Asociación entre presencia o no de depresión y grado de polifarmacia.

3.10.- Asociación entre presencia o no de depresión y turno de atención medica.

3.11.- Asociación entre presencia o no de depresión y tipo de derechohabencia.

3.12.- Asociación entre presencia o no de depresión y tiempo de derechohabencia.

3.13.- Asociación entre presencia o no de depresión y Escala de Lawton y Brody para evaluación de las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria.

3.14.- Asociación entre presencia o no de depresión e Índice de Katz Modificado para evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

3.15.- Asociación entre presencia o no de depresión y Dimensión Apoyo emocional para evaluación de Apoyo Social.

3.16.- Asociación entre presencia o no de depresión y Dimensión Ayuda material o instrumental para evaluación de Apoyo Social.

3.17.- Asociación entre presencia o no de depresión y Dimensión Relaciones sociales de ocio y distracción para evaluación de Apoyo Social.

3.18.- Asociación entre presencia o no de depresión y Dimensión Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño para evaluación de Apoyo Social.

3.19.- Asociación entre presencia o no de depresión y Escala de Apoyo Social.

3.20.- Tabla de concentración de asociaciones con estadísticos de corrección, grados de libertad, y fuerza de asociación.

4.- Tabulaciones Cruzadas donde se busco asociación con  $X^2$ , entre Datos Generales de los Factores socio demográficos y las variables específicas apoyo social y actividades de la vida diaria con la Variable Principal Gradificación de la Depresión en población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS en Aguascalientes.

4.1.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y edad por intervalos.

4.2.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y sexo

4.3.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Edo. Civil.

4.4.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y escolaridad

4.5.- Asociación entre Escala inventario de Depresión de Beck (BDI) y estado económico

4.6.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y grado de actividad física.

4.7.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y actividad actual ocupacional.

4.8.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y grado de padecimientos comórbidos.

4.9.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y grado de polifarmacia.

4.10.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y turno de atención medica.

- 4.11.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y tipo de derechohabiencia.
- 4.12.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y tiempo de derechohabiencia.
- 4.13.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Escala de Lawton y Brody para evaluación de las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria.
- 4.14.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage e Índice de Katz Modificado para evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- 4.15.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Dimensión Apoyo emocional para evaluación de Apoyo Social.
- 4.16.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Dimensión Ayuda material o instrumental para evaluación de Apoyo Social.
- 4.17.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Dimensión Relaciones sociales de ocio y distracción para evaluación de Apoyo Social.
- 4.18.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Dimensión Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño para evaluación de Apoyo Social.
- 4.19.- Asociación entre Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Escala de Apoyo Social.
- 4.20.- Tabla de concentración de asociaciones con estadísticos de corrección, grados de libertad, y fuerza de asociación.

## VI. CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio se dirigió y superviso por un equipo médico de trabajo calificado y de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y bajo la consideración del comité de ética e investigación de la institución de adscripción, apegado a los criterios éticos de Helsinki y sus modificaciones en Tokio, se cuidará y se guardo la confidencialidad, así mismo se firmo la hoja de consentimiento bajo información. Se busco la autorización por los comités de ética e investigación del hospital de acuerdo a las normas internacionales establecidas para realizar investigaciones en seres humanos (Categoría III) de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos para la investigación en seres humanos se llevo bajo la consideración de buenas prácticas clínicas. La naturaleza, propósitos y riesgos potenciales del estudio se explicaron ampliamente a cada participante. Se respeto el derecho de abstenerse de contestar la encuesta sin verse obligado de forma física o moral.



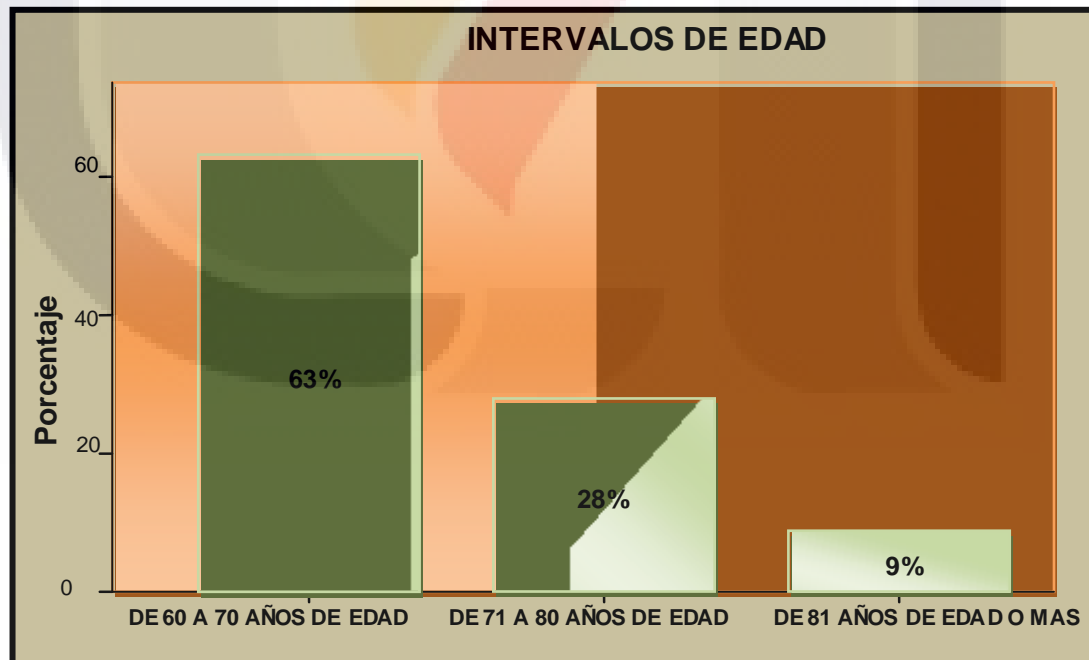
**VII.- RESULTADOS**

**VII.1.- Caracterización de los elementos de la muestra en el adulto mayor, que acuden a consulta de Psiquiatría y población abierta de derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS en Aguascalientes.**

La población en estudio, derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 del IMSS Aguascalientes, consta de una mayoría de 60 a 70 años de edad en un 63% y disminuyendo directamente proporcional al aumentar la edad. (Ver tabla 1 y Grafico 1)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DE 60 A 70 AÑOS DE EDAD	129	63.2	63.2	63.2
DE 71 A 80 AÑOS DE EDAD	57	27.9	27.9	91.2
DE 81 AÑOS DE EDAD O MAS	18	8.8	8.8	100.0
Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 1: Medidas de Frecuencia respecto a la edad en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1, IMSS Aguascalientes, Ags.**

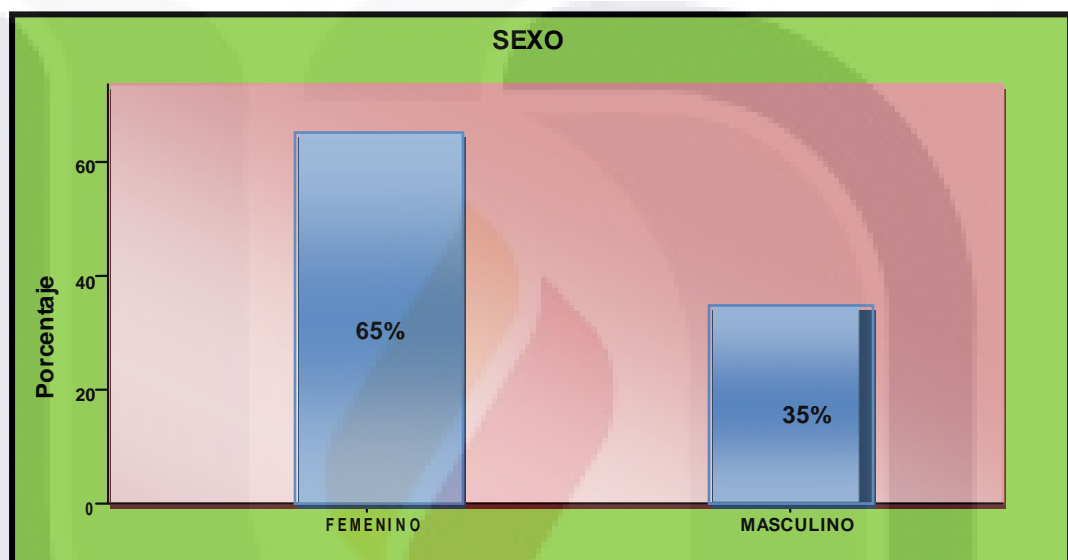


**Figura 1: Gráfico de Barras por Intervalos de Edad en Adultos Mayores derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.**

Respecto al género, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ IMSS 1 Aguascalientes, predominan más las mujeres que fueron encuestadas en un 65% y los hombres en minoría solo un 34% (Ver tabla 2 y Grafico 2)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	FEMENINO	133	65.2	65.2	65.2
	MASCULINO	71	34.8	34.8	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 2: Medidas de Frecuencia respecto al sexo en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, Ags.**



**Figura 2: Grafico de Barras por Sexo en Adultos Mayores derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS , Aguascalientes.**

En el Edo. Civil, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes., son más las(os) casadas(os) en un 63% seguido de viudas(os) en un 18%, después solteras(os) 14%, y en minoría divorciadas(os) y unión libre en un 5% (Ver tabla 3)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SOLTERA(O)	30	14	14	14
	CASADA(O)	128	63	63	77
	VIUDA(O)	37	18	18	95
	DIVORCIADA(O)	8	4	4	99
	UNION LIBRE	1	1	1	100.0
Total		204	100.0	100.0	

**Tabla 3: Medidas de Frecuencia respecto al Estado Civil en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS , Aguascalientes.**

En el Grado Escolar, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes., es de importancia ver que se constituye la población con

un 30% de analfabetismo, y predomina en un 60% la escolaridad básica. (Ver tabla 4)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ANALFABETA	62	30.4	30.4	30.4
	BASICO (PRIMARIA, SECUNDARIA, PREPARATORIA, TECNICO)	122	59.8	59.8	90.2
	POSBASICO (LICENCIATURA, MAESTRIA, DOCTORADO)	20	9.8	9.8	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 4: Medidas de Frecuencia respecto al Grado Escolar en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En el Nivel Económico, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, en su mayoría son dependientes económicamente en un 57%. (Ver tabla 5)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE FAMILIARES	117	57.4	57.4	57.4
	ECONÓMICAMENTE INDEPENDIENTE	87	42.6	42.6	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 5: Medidas de Frecuencia por nivel económico en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En el Grado de Actividad Física, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, predomina el sedentarismo en un 57%. (Ver tabla 6)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO SEDENTARIO	88	43.1	43.1	43.1
	SEDENTARIO	116	56.9	56.9	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 6: Medidas de Frecuencia por Grado de Actividad Física en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En lo que concierne a la Actividad Actual Ocupacional, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, en su mayoría son desempleados en un 80%, y que difícilmente se ocupan en algo. (Ver tabla 7)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	EMPLEADO: TIENE UN EMPLEO FIJO O UN COMERCIO ESTABLE	41	20.1	20.1	20.1
	DESEMPLEADO: EMPLEO ESPORÁDICO, COMERCIO INFORMAL ESPONTANEO O NO SE EMPLEA.	163	79.9	79.9	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 7: Medidas de Frecuencia por Actividad Actual Ocupacional en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En Presencia de Padecimientos Comórbidos, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, tienen al menos una enfermedad en un 62% de los pacientes aparte de padecer o no depresión. (Ver tabla 8)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SIN COMÓRBIDOS: Solo su enfermedad psiquiátrica	77	37.7	37.7	37.7
	CON COMORBIDOS: Además padece una o mas patologías agregadas	127	62.3	62.3	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 8: Medidas de Frecuencia por Presencia de Padecimientos Comórbidos en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En Presencia de Padecimientos Comórbidos, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, se observa que la enfermedad que mas prevalece en esta población es la HAS en un 56% seguido por la

combinación de DM2 y HAS en un 13% y después de solo DM2 en un 11% el resto es otras patologías y su combinación de estas con la DM2 y HAS. (Ver tabla 9)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DMII	14	11.0	11.0	11.0
HAS	71	55.9	55.9	66.9
OTRAS PATOLOGIAS (DISLIPIDEMA, PATOLOGIAS TIROIDEAS, ARTRITIS, COLITIS, GASTRITIS, CANCER, PARKINSON, OBESIDAD)	13	10.2	10.2	77.2
DMII E HAS	17	13.4	13.4	90.6
DMII CON OTRAS PATOLOGIAS	2	1.6	1.6	92.1
HAS CON OTRAS PATOLOGIAS	8	6.3	6.3	98.4
DMII E HAS CON OTRAS PATOLOGIAS	2	1.6	1.6	100.0
Total	127	100.0	100.0	

**Tabla 9: Medidas de Frecuencia por Tipos de Padecimientos Comórbidos en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En Grado de Polifarmacia, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS 1 Aguascalientes, esta población consume en gran cantidad medicamentos demostrado por un 70% que contesto consumir más de 2 medicamentos. (Ver tabla 10)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SIN POLIFARMACIA: Solo su medicamento específico psiquiátrico	62	30.4	30.4	30.4
CON POLIFARMACIA: más de 2 medicamentos extra de su tratamiento psiquiátrico	142	69.6	69.6	100.0
Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 10: Medidas de Frecuencia por Grado de Polifarmacia en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En Turno de Atención Médica, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, la mayor parte son del turno vespertino en un 56% pero es casi de igual proporción al matutino. (Ver tabla 11)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TURNO MATUTINO	90	44.1	44.1	44.1
	TURNO VESPERTINO	114	55.9	55.9	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 11: Medidas de Frecuencia por Turno de Atención Médica en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En tipo de derechohabiencia, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, la mayor proporción de derechohabientes son padres en un 43%, seguido por iguales proporciones trabajadores y esposos de trabajadores en 20%. (Ver tabla 12)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Trabajador	42	20.6	20.6	20.6
	Padre o madre	87	42.6	42.6	63.2
	Abuelo(a)	3	1.5	1.5	64.7
	Pensionado (a)	31	15.2	15.2	79.9
	Esposa(o)	41	20.1	20.1	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 12: Medidas de Frecuencia por Tipo de Derechohabiencia en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En Tiempo de Derechohabiencia, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, es inversamente proporcional el resultado ya que a mayor número de pacientes es menor la antigüedad de derechohabiencia siendo el mayor porcentaje de menos de 12 años en un 37%. (Ver tabla 13)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DE MENOS DE 1 AÑO A 12 AÑOS	75	36.8	36.8	36.8
	DE 13 AÑOS A 25 AÑOS	54	26.5	26.5	63.2
	DE 26 AÑOS A 38 AÑOS	41	20.1	20.1	83.3
	DE 39 AÑOS A 50 AÑOS	34	16.7	16.7	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 13: Medidas de Frecuencia por Tiempo de Derechohabiencia en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**



En Cronicidad del Padecimiento Psiquiátrico, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, la mayor proporción de derechohabientes refirió no padecer algún problema psiquiátrico esto es en relación a la población abierta que no acudía a la consulta de psiquiatría previamente, pero la que si acude refiere una cronicidad en su mayoría menor de 5 años en un porcentual de 17% de la totalidad de la población que vendría siendo sólo de los que acuden a psiquiatría el 71%. (Ver tabla 14)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SIN PADECIMIENTO PSIQUIATRICO DIAGNOSTICADO	156	76	76	76
	DE 1 AÑO A 5 AÑOS DE EVOLUCION	34	17	17	93
	DE 6 AÑOS Y MAS DE EVOLUCION	14	7	7	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 14: Medidas de Frecuencia por Cronicidad del Padecimiento Psiquiátrico en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

**VII.2.- Datos de la Variable Principal y variables factores específicos asociados**

En Tipo de Atención Médica, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, la mayor proporción de derechohabientes son de la población abierta en un 76%, seguido por aquellos que acuden a consulta de psiquiatría previamente y ya tienen el diagnóstico de depresión en un 24%, esto obedece al muestreo estadístico que se realizó para dos universos independientes los cuales se comparan mas adelante. (Ver tabla 15)

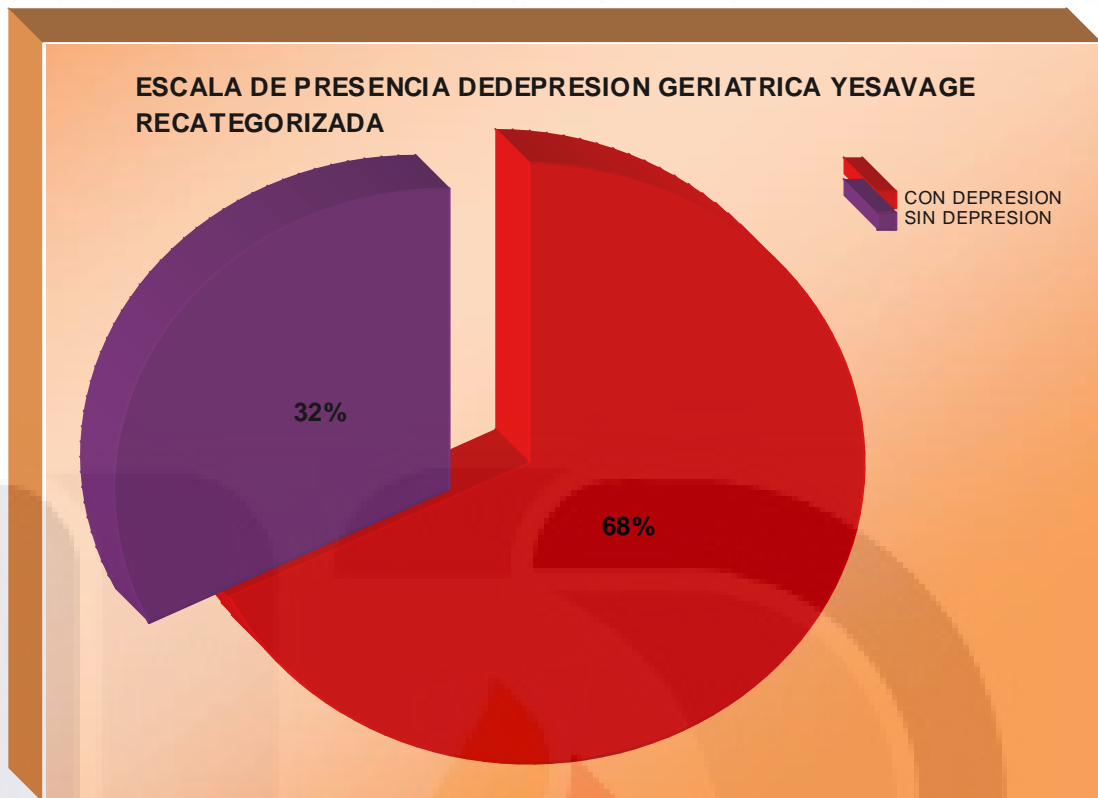
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ADULTO MAYOR DERECHOHABIENTE QUE ACUDE A LA CONSULTA DE PSIQUIATRIA	48	23.5	23.5	23.5
ADULTO MAYOR DERECHOHABIENTE POBLACION ABIERTA	156	76.5	76.5	100.0
Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 15: Medidas de Frecuencia por Tipo de Atención Médica en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, los derechohabientes mayores de 60 años del IMSS Aguascalientes, el mayor porcentaje corresponde a quienes manifestaron a través de este instrumento, depresión en un 68%. (Ver tabla 16 y Grafico 3)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos CON DEPRESION	138	67.6	67.6	67.6
SIN DEPRESION	66	32.4	32.4	100.0
Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 16: Medidas de Frecuencia por Escala de Depresión Geriátrica Yesavage en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**



**Figura 3: Gráfico de Sectores de presencia de depresión por escala de depresión geriátrica Yesavage en población abierta en Adultos Mayores derechohabientes del IMSS, Aguascalientes.**

En Escala de Depresión Geriátrica Yesavage a población abierta, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No 1 IMSS Aguascalientes, el mayor porcentaje corresponde a quienes manifestaron a través de este instrumento, depresión en un 58%, el restante sin depresión en un 42%. (Ver tabla 17)

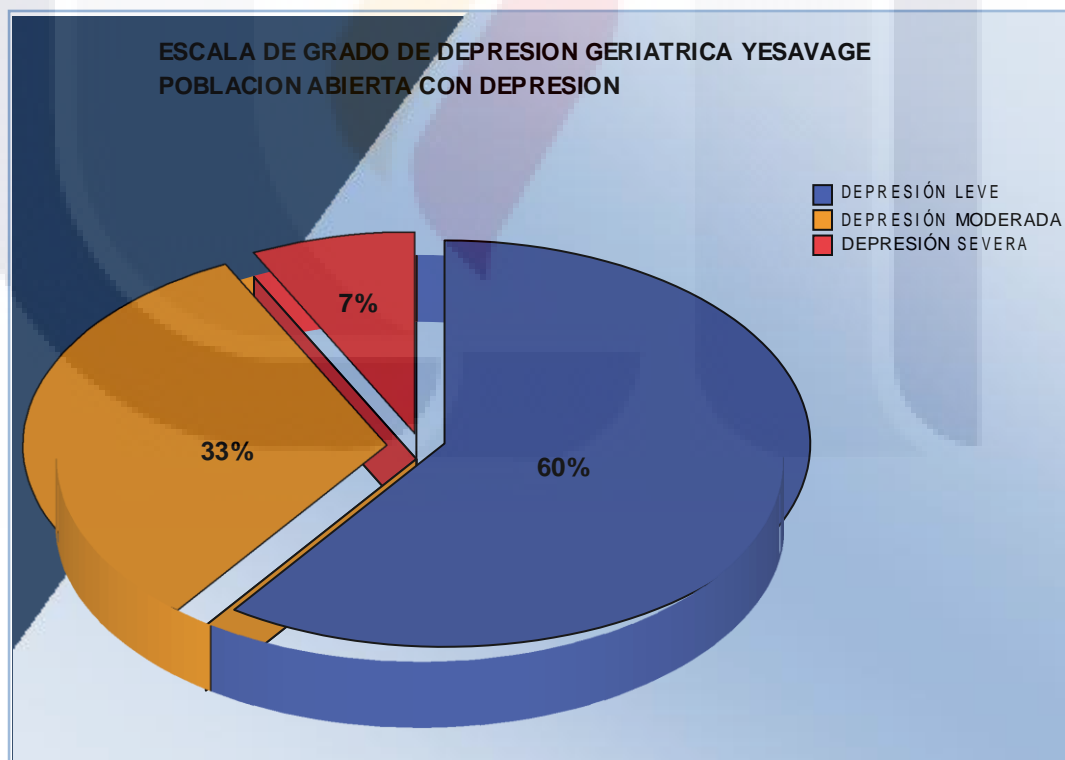
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DEPRESIÓN LEVE	51	32.7	32.7	32.7
	DEPRESIÓN MODERADA	29	18.6	18.6	51.3
	DEPRESIÓN SEVERA	10	6.4	6.4	57.7
	SIN DEPRESIÓN	66	42.3	42.3	100.0
	Total	156	100.0	100.0	

**Tabla 17: Medidas de Frecuencia por Escala de Depresión Geriátrica Yesavage a población abierta en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En Escala de Depresión Geriátrica Yesavage a población abierta con depresión gradificada, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, la gradificación de la intensidad de la depresión manifestada a través de este instrumento es inversamente proporcional en relación con el número de pacientes que aplicaron, siendo de mayor porcentaje la depresión leve en un 60%. (Ver tabla 18 y Grafico 4)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DEPRESIÓN LEVE	49	59.8	59.8	59.8
	DEPRESIÓN MODERADA	27	32.9	32.9	92.7
	DEPRESIÓN SEVERA	6	7.3	7.3	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

**Tabla 18: Medidas de Frecuencia por Escala de Grado de Depresión Geriátrica Yesavage a población abierta con depresión gradificada en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**



**Figura 4: Gráfico de Sectores por escala de depresión geriátrica Yesavage en población abierta con grado de depresión en Adultos Mayores derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En escala de apoyo social en su dimensión "apoyo emocional", los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, se encuentra que manifiestan un mayor apoyo en un 55% y en forma moderada un 30% el restante lo manifiesta bajo. (Ver tabla 19)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos APOYO ALTO	113	55.4	55.4	55.4
APOYO BAJO	32	15.7	15.7	71.1
APOYO MODERADO	59	28.9	28.9	100.0
Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 19: Medidas de Frecuencia por Escala de Apoyo Social en su dimensión "Apoyo Emocional" en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En escala de apoyo social en su dimensión "Apoyo Material ó Instrumental", los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, se encuentra que manifiestan un mayor apoyo en un 66% y en forma moderada un 25% el restante lo manifiesta bajo. (Ver tabla 20)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos APOYO ALTO	134	65.7	65.7	65.7
APOYO BAJO	19	9.3	9.3	75.0
APOYO MODERADO	51	25.0	25.0	100.0
Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 20: Medidas de Frecuencia por Escala de Apoyo Social en su Dimensión "Apoyo Material ó Instrumental" en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En escala de apoyo social en su dimensión "Redes Sociales De Ocio Y Distracción", los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, se encuentra que manifiestan un mayor apoyo en un 42% y en forma moderada un 39% el restante lo manifiesta bajo. (Ver tabla 21)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	APOYO ALTO	86	42.2	42.2	42.2
	APOYO BAJO	39	19.1	19.1	61.3
	APOYO MODERADO	79	38.7	38.7	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 21: Medidas de Frecuencia por Escala de Apoyo Social en su Dimensión "Redes Sociales De Ocio Y Distracción" en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En escala de apoyo social en su dimensión "Apoyo Afectivo Referido a Expresiones de Amor Y Cariño", los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, se encuentra que manifiestan un mayor apoyo en un 75% y en forma moderada un 17% el restante lo manifiesta bajo. (Ver tabla 22)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	APOYO ALTO	154	75.5	75.5	75.5
	APOYO BAJO	16	7.8	7.8	83.3
	APOYO MODERADO	34	16.7	16.7	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 22: Medidas de Frecuencia por Escala de Apoyo Social en su dimensión "Apoyo Afectivo Referido a Expresiones de Amor Y Cariño" en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

En Escala de Apoyo Social Global, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, se encuentra que manifiestan un mayor apoyo en un 62% y en forma moderada un 27% el restante lo manifiesta bajo. (Ver tabla 23 y Grafico 5)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	APOYO ALTO	127	62.3	62.3	62.3
	APOYO BAJO	23	11.3	11.3	73.5
	APOYO MODERADO	54	26.5	26.5	100.0
	Total	204	100.0	100.0	

**Tabla 23: Medidas de Frecuencia por Escala de Apoyo Social Global en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**



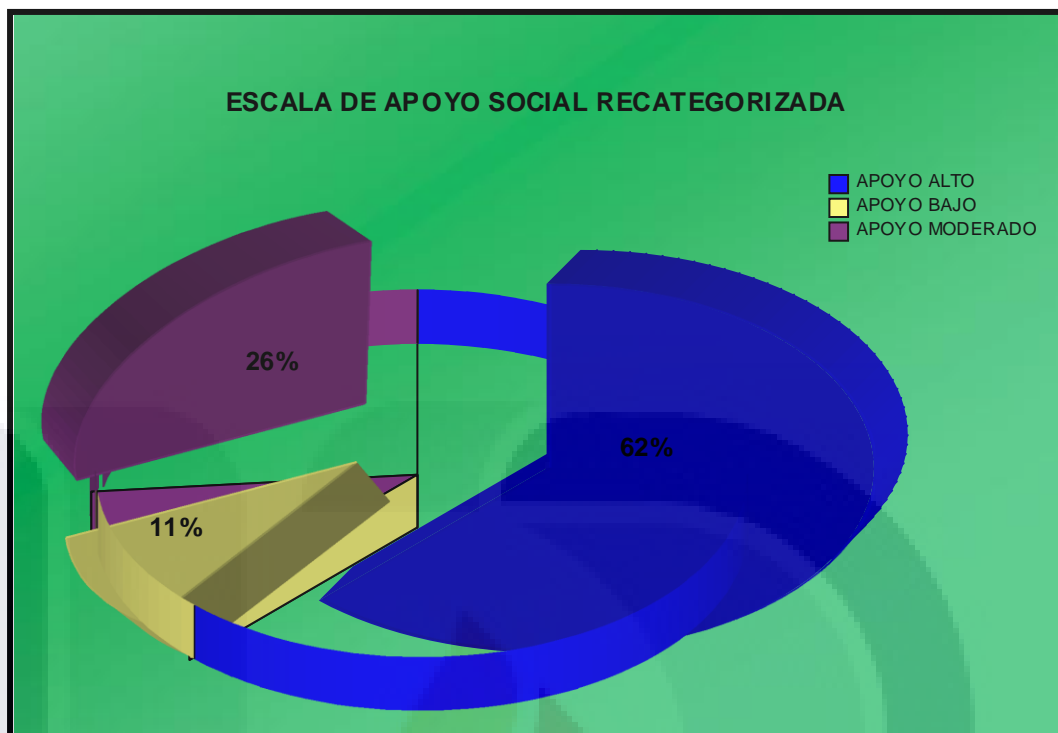


Figura 5: Gráfico de Sectores por escala de Apoyo Social Global en Adultos Mayores derechohabientes del HGZ IMSS 1 Aguascalientes

En Evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, en su mayoría son independientes manifestado en un 73%, solo un 17% requiere de asistencia y el 10% son totalmente dependientes. (Ver tabla 24 y Grafico 6)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DEPENDIENTE	21	10.3	10.3	10.3
INDEPENDIENTE	149	73.0	73.0	83.3
REQUIERE ASISTENCIA	34	16.7	16.7	100.0
Total	204	100.0	100.0	

Tabla 24: Medidas de Frecuencia por Evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.

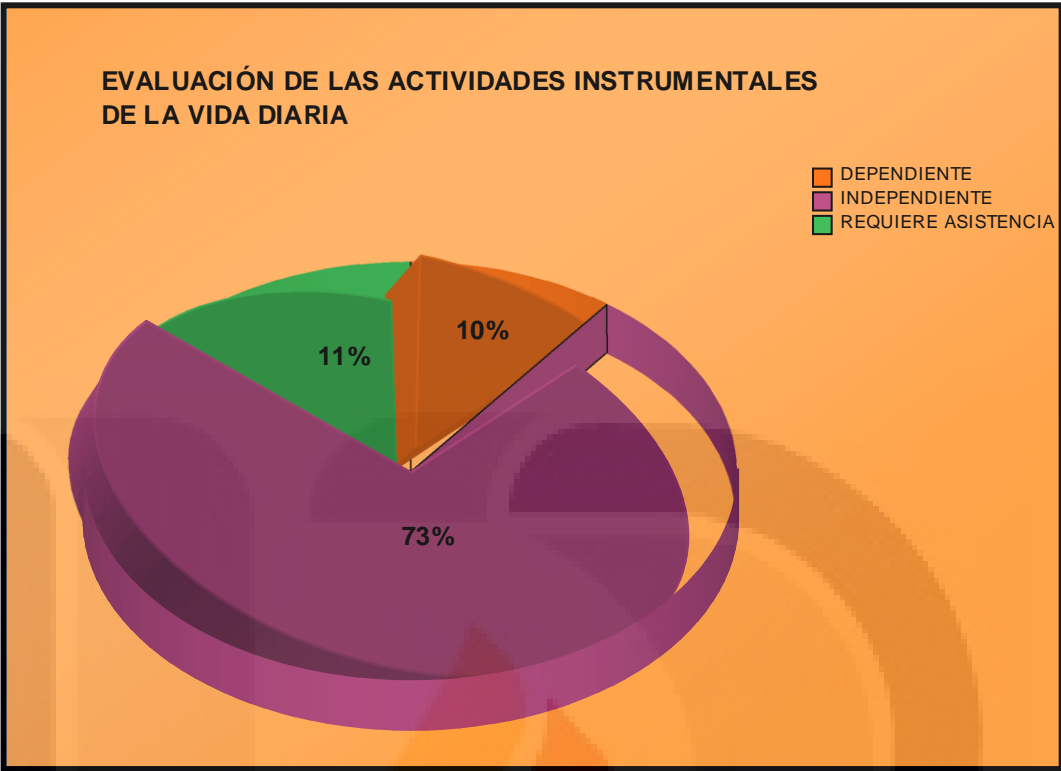
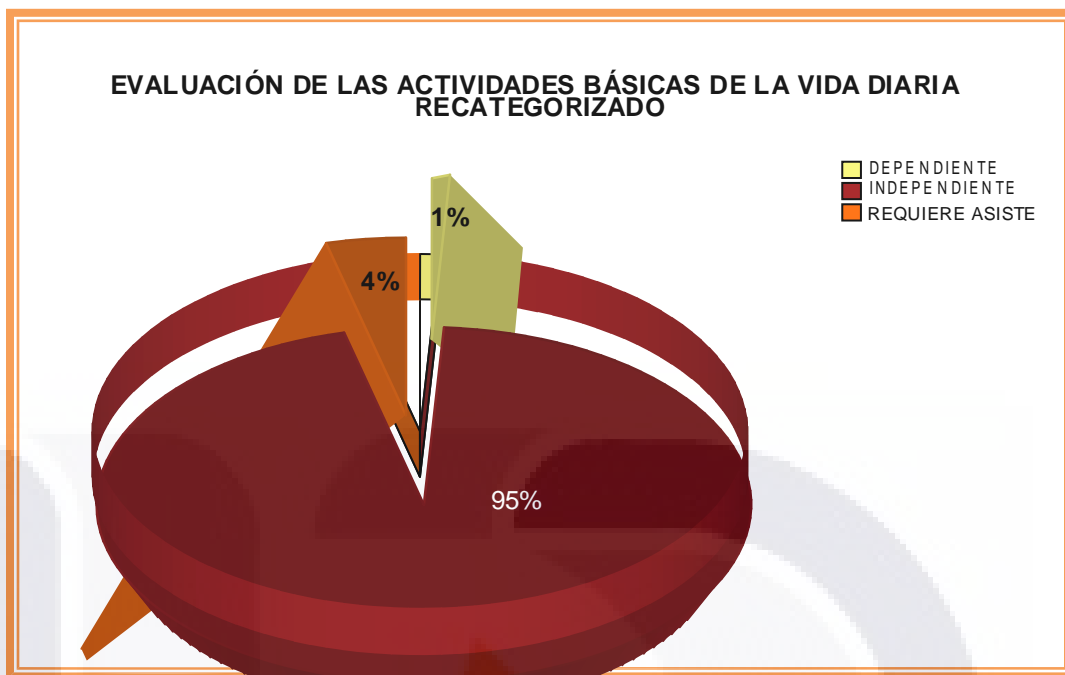


Figura 6: Gráfico de Sectores por evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria en Adultos Mayores derechohabientes del HGZ IMSS 1 Aguascalientes.

En Evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, los derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, en su mayoría son independientes manifestado en un 95%, solo un 4% requiere de asistencia y el 1% son totalmente dependientes. (Ver tabla 25 y Grafico 7)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DEPENDIENTE	2	1.0	1.0	1.0
INDEPENDIENTE	194	95.1	95.1	96.1
REQUIERE ASISTENCIA	8	3.9	3.9	100.0
Total	204	100.0	100.0	

Tabla 25: Medidas de Frecuencia por Evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria en pacientes mayores de 60 años, derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.



**Figura 7: Gráfico de Sectores por evaluación de las actividades básicas de la vida diaria en Adultos Mayores derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS, Aguascalientes.**

**VII.3.- Tabulaciones Cruzadas donde se encuentre asociación con  $X^2$  por medio de tablas de contingencia, entre Datos Generales de los Factores socio demográficos y las variables específicas apoyo social y actividades de la vida diaria con la Variable Principal Depresión.**

#### **ASOCIACION DE LAS VARIABLES**

##### **ESCALA DE PRESENCIA DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE (EPDGY)**

En cuanto a la búsqueda de la relación de la variable EPDGY en los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., con las Covariables tienen asociación significativa, Estado Civil en un 27%; en Escolaridad un 22%, Economía 14%, Ocupación 15%, Actividad Física 22%, Polifarmacia 16% y Tipo de derechohabiencia 27%; el porcentaje restante con Edad, Sexo, Comórbidos, turno de atención medica y Tiempo de derechohabiencia.

La relación de la variable Recursos Sociales de Apoyo con la variable EPDGY, tienen asociación significativa en un 36%, así como en cada una de sus dimensiones. Y la relación con las Actividades de la Vida Diaria no se encuentra asociación en sus dos dimensiones. (Ver Tabla 26)

**TABLA DE ESTADISTICOS DE ASOCIACION DE LA VARIABLE ESCALA DE PRESENCIA DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE Y LAS COVARIABLES, VARIABLES REDES SOCIALES DE APOYO Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON Y BRODY Y DEKATZ.**

Variable principal en fila	Variables asociadas en columna		$\chi^2$	Significancia Asintótica, Valor P >0.05 (bilateral)	Coefficiente de Contingencia	Significancia Asintótica, Valor P >0.05 (bilateral)	Estadístico exacto de Fisher*o Corrección de Yates~	Sig. de Monte Carlo (bilateral) <0.050, con Intervalo de confianza al 95%	gl y Casillas con frecuencia esperada inferior a 5.	
Escala de presencia depresión geriátrica Yesavage	Covariables	Edad	4.729	0.094	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A
		Sexo	2.497	0.114	N/A	N/A	N/A	N/A	1gl	N/A
		Edo. Civil	15.47	0.004	27%	0.004	14.976*	0.002	4gl	3
		Escolaridad	9.94	0.007	22%	0.007	9.91*	0.007	2gl	0
		Economía	4.3	0.038	14%	0.047	3.9~	0.05	1gl	0
		Ocupación	4.588	0.032	15%	0.032	3.9~	0.05	1gl	0
		Act. Física	10.12	.001	22%	0.002	9.185~	0.002	1gl	0
		Comórbido	0.348	0.555	N/A	N/A	N/A	N/A	1gl	N/A
		Polifarmacia	5.1	0.024	16%	0.024	4.393~	0.036	1gl	0
		Turno	2.166	0.141	N/A	N/A	N/A	N/A	1gl	N/A
	Tipo derechohab iencia	16.19	0.003	27%	0.003	15.918*	0.002	4gl	2	
	Tiempo derechohab iencia	3.652	0.302	N/A	N/A	N/A	N/A	3gl	N/A	
	Recursos Sociales de Apoyo	AE	27.31	0.000	34%	0.000	30.15*	0.000	2gl	0
		AMI	12.19	0.002	24%	0.002	17.902*	0.001	2gl	0
		RSOYD	46.08	0.000	43%	0.000	46.69*	0.000	2gl	0
		AAREAYC	17.98	0.000	29%	0.000	19.449*	0.000	2gl	0
		Global	30.91	0.000	36%	0.000	33.378*	0.000	2gl	0
Actividades de la Vida Diaria	AIVD	1.679	0.432	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A	
	ABVD	0.484	0.785	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A	

**TABLA 26:**Asociaciones con Chi Cuadrada ( $\chi^2$ ) en Tablas Mayores a 2x2 (\*) y en Tablas de 2x2 (~) y los Métodos de Corrección “Exacto de Fisher o Corrección de Yates” para Frecuencias Esperadas con Valor Inferior a 5 en las Casillas, en Tablas Mayores a 2x2 y de 2x2 respectivamente; con sus respectivas Significancia P<0.05 para cada Estadístico y Prueba de Monte Carlo para el Exacto de Fisher; Coeficiente de Contingencia para Discernir la Fuerza de Asociación entre Variables. Grados De Libertad (gl). No Aplica (N/A).

**Asociación de Estado Civil y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage (EPDGY)**

La asociación entre las variables Estado Civil y EPDGY de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión tienen relación con estado civil viuda(o), divorciada(o), unión libre (o), ya que del personal encuestado refirió tener depresión en 22%, 6% y 1%, a comparación del 11%, 0% y 0% respectivamente, que refirió no tener depresión.

Y a la inversa, los que refirieron no depresión obtuvieron un mayor porcentaje con estado civil soltera(o) y casada(o), en comparativa con quienes refirieron tener depresión obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 27)

EDO. CIVIL		ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE		Total
		CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
SOLTERA(O)	F. OBSERVADA	13	17	30
	F. ESPERADA	20.3	9.7	30.0
	%	9.4%	25.8%	14.7%
CASADA(O)	F. OBSERVADA	86	42	128
	F. ESPERADA	86.6	41.4	128.0
	%	62.3%	63.6%	62.7%
VIUDA(O)	F. OBSERVADA	30	7	37
	F. ESPERADA	25.0	12.0	37.0
	%	21.7%	10.6%	18.1%
DIVORCIADA(O)	F. OBSERVADA	8	0	8
	F. ESPERADA	5.4	2.6	8.0
	%	5.8%	.0%	3.9%
UNION LIBRE	F. OBSERVADA	1	0	1
	F. ESPERADA	.7	.3	1.0
	%	.7%	.0%	.5%
Total	F. OBSERVADA	138	66	204
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 27: Tabla de contingencia entre las variables Estado Civil y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage (EPDGY)**

**Asociación de grado escolar y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage**

La asociación entre las variables grado escolar y EPDGY de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión tiene relación con escolaridad analfabeta, ya que del personal encuestado que refirió ser analfabeta en 36% resultado con depresión, a comparación del 18%, que refirió no tener depresión.



Y a la inversa, los que refirieron no depresión obtuvieron un mayor porcentaje con escolaridad básica y posbásica, en comparativa con quienes refirieron tener depresión obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 28)

GRADO ESCOLAR		ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE		Total
		CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
ANALFABETA	F. OBSERVADA	50	12	62
	F. ESPERADA	41.9	20.1	62.0
	%	36.2%	18.2%	30.4%
BASICO (PRIMARIA, SECUNDARIA, PREPARATORIA, TECNICO)	F. OBSERVADA	79	43	122
	F. ESPERADA	82.5	39.5	122.0
	%	57.2%	65.2%	59.8%
POSBASICO (LICENCIATURA, MAESTRIA, DOCTORADO)	F. OBSERVADA	9	11	20
	F. ESPERADA	13.5	6.5	20.0
	%	6.5%	16.7%	9.8%
Total	F. OBSERVADA	138	66	204
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 28: Tabla de contingencia entre las variables grado escolar y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage (EPDGY)**

**Asociación de Estado Económico y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage**

La asociación entre las variables Estado Económico y EPDGY de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión tiene relación con edo. Económico dependiente de familiares, ya que del personal encuestado que refirió ser dependiente en 62% resultó con depresión, a comparación del 47%, que refirió no tener depresión.

Y a la inversa, los que refirieron no depresión obtuvieron un mayor porcentaje con independencia económica, en comparativa con quienes refirieron tener Depresión obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 29)

EDO. ECONOMICO		ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE		Total
		CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE FAMILIARES	F. OBSERVADA	86	31	117
	F. ESPERADA	79.1	37.9	117.0
	%	62.3%	47.0%	57.4%
ECONÓMICAMENTE INDEPENDIENTE	F. OBSERVADA	52	35	87
	F. ESPERADA	58.9	28.1	87.0
	%	37.7%	53.0%	42.6%
Total	F. OBSERVADA	138	66	204
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 29: Tabla de contingencia entre las variables grado escolar y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage (EPDGY)**

### Asociación de grado de actividad física y escala de depresión geriátrica Yesavage

La asociación entre las variables actividad física y EPDGY de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión tiene relación con actividad física y sedentarismo, ya que del personal encuestado que refirió ser sedentario en 64% resultó con depresión, a comparación del 41%, que refirió no tener depresión.

Y a la inversa, los que refirieron no depresión obtuvieron un mayor porcentaje con no sedentario, en comparativa con quienes refirieron tener depresión obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 30)

GRADO DE ACTIVIDAD FÍSICA		ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE		Total
		CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
NO SEDENTARIO	F. OBSERVADA	49	39	88
	F. ESPERADA	59.5	28.5	88.0
	%	35.5%	59.1%	43.1%
SEDENTARIO	F. OBSERVADA	89	27	116
	F. ESPERADA	78.5	37.5	116.0
	%	64.5%	40.9%	56.9%
Total	F. OBSERVADA	138	66	204
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 30: Tabla de contingencia entre las variables grado de actividad física y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage.**

**Asociación de grado de actividad actual ocupacional y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage**

La asociación entre las variables actividad actual ocupacional y EPDGY de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión tiene relación con actividad actual ocupacional desempleado, ya que del personal encuestado que refirió ser dependiente en 84% resulto con depresión, a comparación del 71%, que refirió no tener depresión.

Y a la inversa, los que refirieron no depresión obtuvieron un mayor porcentaje con empleados, en comparativa con quienes refirieron tener depresión obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 31)

ACTIVIDAD ACTUAL OCUPACIONAL		ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE		Total
		CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
EMPLEADO: TIENE UN EMPLEO FIJO O UN COMERCIO ESTABLE	F. OBSERVADA	22	19	41
	F. ESPERADA	27.7	13.3	41.0
	%	15.9%	28.8%	20.1%
DESEMPLEADO: EMPLEO ESPORÁDICO, COMERCIO INFORMAL ESPONTANEO O NO SE EMPLEA.	F. OBSERVADA	116	47	163
	F. ESPERADA	110.3	52.7	163.0
	%	84.1%	71.2%	79.9%
Total	F. OBSERVADA	138	66	204
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 31: Tabla de contingencia entre las variables actividad actual ocupacional y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage**

**Asociación de grado de polifarmacia y escala de depresión geriátrica Yesavage**

La asociación entre las variables grado de polifarmacia y EPDGY de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión tiene relación con polifarmacia, ya que del personal encuestado refirió tener polifarmacia en 75% resulto con depresión, a comparación del 59%, que refirió no tener depresión.

Y a la inversa, los que refirieron no depresión obtuvieron un mayor porcentaje con no tener polifarmacia, en comparativa con quienes refirieron tener depresión obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 32)

GRADO DE POLIFARMACIA		ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE		Total
		CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
SIN POLIFARMACIA: Solo su medicamento especifico psiquiátrico	F. OBSERVADA	35	27	62
	F. ESPERADA	41.9	20.1	62.0
	%	25.4%	40.9%	30.4%
CON POLIFARMACIA: MÁS de 2 medicamentos extra de su tratamiento psiquiátrico	F. OBSERVADA	103	39	142
	F. ESPERADA	96.1	45.9	142.0
	%	74.6%	59.1%	69.6%
Total	F. OBSERVADA	138	66	204
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 32: Tabla de contingencia entre las variables grado de polifarmacia y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage**

### Asociación de tipo de derechohabiencia y escala de depresión geriátrica Yesavage

La asociación entre las variables tipo de derechohabiencia y EPDGY de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión tiene relación con tipo de derechohabiencia padre o madre de trabajado, o esposa(o) de trabajador, ya que del personal encuestado refirió ser padre o madre de trabajado, o esposa(o) de trabajador en 49% y 23% resultó con depresión, a comparación del 29% y 15%, que refirió no tener depresión.

Y a la inversa, los que refirieron no depresión obtuvieron un mayor porcentaje con derechohabiencia tipo trabajador, abuela(o), pensionado(a), en comparativa con quienes refirieron tener depresión obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 33)

TIPO DE DERECHOHABIENCIA		ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE		Total
		CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
Trabajador	F. OBSERVADA	20	22	42
	F. ESPERADA	28.4	13.6	42.0
	%	14.5%	33.3%	20.6%
Padre o madre	F. OBSERVADA	68	19	87
	F. ESPERADA	58.9	28.1	87.0
	%	49.3%	28.8%	42.6%
Abuelo(a)	F. OBSERVADA	1	2	3
	F. ESPERADA	2.0	1.0	3.0
	%	.7%	3.0%	1.5%
Pensionado (a)	F. OBSERVADA	18	13	31
	F. ESPERADA	21.0	10.0	31.0
	%	13.0%	19.7%	15.2%
Esposa(o)	F. OBSERVADA	31	10	41
	F. ESPERADA	27.7	13.3	41.0
	%	22.5%	15.2%	20.1%
Total	F. OBSERVADA	138	66	204
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 33: Tabla de contingencia entre las variables tipo de derechohabiencia y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage**

**Asociación de escala de apoyo social "apoyo emocional" (EAS-AE) y escala de depresión geriátrica Yesavage**

La asociación entre las variables EAS-AE y EPDGY de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión tiene relación con EAS-AE apoyo bajo a moderado, ya que del personal encuestado que refirió tener bajo a moderado apoyo en 34% y 23% resultó con depresión, a comparación del 18% y 2%, que refirió no tener depresión.

Y a la inversa, los que refirieron no depresión obtuvieron un mayor porcentaje con apoyo alto, en comparativa con quienes refirieron tener depresión obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 34)

ESCALA DE APOYO SOCIAL "APOYO EMOCIONAL"		ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE		Total
		CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
APOYO ALTO	F. OBSERVADA	60	53	113
	F. ESPERADA	76.4	36.6	113.0
	%	43.5%	80.3%	55.4%
APOYO BAJO	F. OBSERVADA	31	1	32
	F. ESPERADA	21.6	10.4	32.0
	%	22.5%	1.5%	15.7%
APOYO MODERADO	F. OBSERVADA	47	12	59
	F. ESPERADA	39.9	19.1	59.0
	%	34.1%	18.2%	28.9%
Total	F. OBSERVADA	138	66	204
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 34: Tabla de contingencia entre las variables escala de apoyo social "apoyo emocional" y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage**

**Asociación de escala de apoyo social "apoyo material o instrumental" (EAS – AMI) y escala de depresión geriátrica Yesavage**

La asociación entre las variables EAS – AMI y EPDGY de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión tiene relación con EAS – AMI apoyo bajo a moderado, ya que del personal encuestado que refirió tener bajo a moderado apoyo en 27% y 14% resultó con depresión, a comparación del 21% y 0%, que refirió no tener depresión.

Y a la inversa, los que refirieron no depresión obtuvieron un mayor porcentaje con apoyo alto, en comparativa con quienes refirieron tener depresión obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 35)

ESCALA DE APOYO SOCIAL "APOYO MATERIAL O INSTRUMENTAL"		ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE		Total
		CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
APOYO ALTO	F. OBSERVADA	82	52	134
	F. ESPERADA	90.6	43.4	134.0
	%	59.4%	78.8%	65.7%
APOYO BAJO	F. OBSERVADA	19	0	19
	F. ESPERADA	12.9	6.1	19.0
	%	13.8%	.0%	9.3%
APOYO MODERADO	F. OBSERVADA	37	14	51
	F. ESPERADA	34.5	16.5	51.0
	%	26.8%	21.2%	25.0%
Total	F. OBSERVADA	138	66	204
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 35: Tabla de contingencia entre las variables escala de apoyo social "apoyo material o instrumental" y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage.**

**Asociación de escala de apoyo social "redes sociales de ocio y distracción" (EAS – RSOYD) y escala de depresión geriátrica Yesavage**

La asociación entre las variables EAS – RSOYD y EPDGY de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión tiene relación con EAS – RSOYD apoyo bajo a moderado, ya que del personal encuestado que refirió tener bajo a moderado apoyo en 48% y 26% resultó con depresión, a comparación del 20% y 5%, que refirió no tener depresión.

Y a la inversa, los que refirieron no depresión obtuvieron un mayor porcentaje con apoyo alto, en comparativa con quienes refirieron tener depresión obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 36)



ESCALA DE APOYO SOCIAL "REDES SOCIALES DE OCIO Y DISTRACCION"		ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE		Total
		CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
APOYO ALTO	F. OBSERVADA	36	50	86
	F. ESPERADA	58.2	27.8	86.0
	%	26.1%	75.8%	42.2%
APOYO BAJO	F. OBSERVADA	36	3	39
	F. ESPERADA	26.4	12.6	39.0
	%	26.1%	4.5%	19.1%
APOYO MODERADO	F. OBSERVADA	66	13	79
	F. ESPERADA	53.4	25.6	79.0
	%	47.8%	19.7%	38.7%
Total	F. OBSERVADA	138	66	204
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 36: Tabla de contingencia entre las variables escala de apoyo social "redes sociales de ocio y distracción" y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage.**

**Asociación de escala de apoyo social "apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño" y escala de depresión geriátrica Yesavage**

La asociación entre las variables EAS – AAREAYC y EPDGY de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión tiene relación con EAS – AAREAYC apoyo bajo a moderado, ya que del personal encuestado que refirió tener bajo a moderado apoyo en 23% y 11% resulto con depresión, a comparación del 5% y 2%, que refirió no tener depresión.

Y a la inversa, los que refirieron no depresión obtuvieron un mayor porcentaje con apoyo alto, en comparativa con quienes refirieron tener depresión obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 37)

ESCALA DE APOYO SOCIAL "APOYO AFECTIVO REFERIDO A EXPRESIONES DE AMOR Y CARIÑO"		ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE		Total
		CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
APOYO ALTO	F. OBSERVADA	92	62	154
	F. ESPERADA	104.2	49.8	154.0
	%	66.7%	93.9%	75.5%
APOYO BAJO	F. OBSERVADA	15	1	16
	F. ESPERADA	10.8	5.2	16.0
	%	10.9%	1.5%	7.8%
APOYO MODERADO	F. OBSERVADA	31	3	34
	F. ESPERADA	23.0	11.0	34.0
	%	22.5%	4.5%	16.7%
Total	F. OBSERVADA	138	66	204
	%	%	100.0%	100.0%

**Tabla 37: Tabla de contingencia entre las variables escala de apoyo social "apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño" y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage.**

**Asociación de escala de apoyo social general (EASG) y escala de depresión geriátrica Yesavage**

La asociación entre las variables EASG y EPDGY de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión tiene relación con EASG apoyo bajo a moderado, ya que del personal encuestado que refirió tener bajo a moderado apoyo en 35% y 16% resultó con depresión, a comparación del 9% y 2%, que refirió no tener depresión.

Y a la inversa, los que refirieron no depresión obtuvieron un mayor porcentaje con apoyo alto, en comparativa con quienes refirieron tener depresión obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 38)

ESCALA DE APOYO SOCIAL GENERALIZADA		ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE		Total
		CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
APOYO ALTO	F. OBSERVADA	68	59	127
	F. ESPERADA	85.9	41.1	127.0
	%	49.3%	89.4%	62.3%
APOYO BAJO	F. OBSERVADA	22	1	23
	F. ESPERADA	15.6	7.4	23.0
	%	15.9%	1.5%	11.3%
APOYO MODERADO	F. OBSERVADA	48	6	54
	F. ESPERADA	36.5	17.5	54.0
	%	34.8%	9.1%	26.5%
Total	F. OBSERVADA	138	66	204
	F. ESPERADA	138.0	66.0	204.0
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 38: Tabla de contingencia entre las variables escala de apoyo social general y escala de presencia de depresión geriátrica Yesavage.**

**VII.4.- Tabulaciones Cruzadas donde se encuentre asociación con  $X^2$  por medio de tablas de contingencia, entre Datos Generales de los Factores socio demográficos y las variables específicas apoyo social y actividades de la vida diaria con la Variable Principal Gradificación de la Depresión en población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS en Aguascalientes.**

#### **ASOCIACION DE LAS VARIABLES**

##### **ESCALA GRADO DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE EN POBLACION ABIERTA(EGDGY)**

En cuanto a la búsqueda de la relación de la variable EGDGY en los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., con las Covariables no tienen asociación significativa, como Estado Civil, Escolaridad, Economía, Ocupación, Actividad Física, Polifarmacia, Tipo de derechohabiencia, Edad, Sexo, Comórbidos, turno de atención médica y Tiempo de derechohabiencia.

La relación de la variable Recursos Sociales de Apoyo con la variable EPDGY, tienen asociación significativa en un 33%, y solo en su dimensión “Apoyo Emocional” también se encontró asociación en un 34%, no así en el resto de las dimensiones. Y la relación con las Actividades de la Vida Diaria no se encuentra asociación en sus dos dimensiones. (Ver Tabla 39)

**TABLA DE ESTADISTICOS DE ASOCIACION DE LA VARIABLE ESCALA GRADO DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE Y LAS COVARIABLES, VARIABLES REDES SOCIALES DE APOYO Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON Y BRODY Y DEKATZ.**

Variable principal en fila	Variables asociadas en columna		$\chi^2$	Significancia Asintótica, Valor P >0.05 (bilateral)	Coefficiente de Contingencia	Significancia Asintótica, Valor P >0.05 (bilateral)	Estadístico exacto de Fisher*o Corrección de Yates~	Sig. de Monte Carlo (bilateral) <0.050, con Intervalo de confianza al 95%	gl y Casillas con frecuencia esperada inferior a 5.	
Escala grado de depresión geriátrica Yesavage	Covariables	Edad	3.616	0.461	N/A	N/A	N/A	N/A	4gl	N/A
		Sexo	2.814	0.245	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A
		Edo. Civil	6.55	0.586	N/A	N/A	N/A	N/A	8gl	N/A
		Escolaridad	0.937	0.919	N/A	N/A	N/A	N/A	4gl	N/A
		Economía	4.041	0.133	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A
		Ocupación	2.083	0.353	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A
		Act. Física	5.569	0.062	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A
		Comórbido	1.78	0.411	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A
		Polifarmacia	1.943	0.379	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A
		Turno	0.107	0.948	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A
	Tipo derechohab iencia	4.535	0.806	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A	
	Tiempo derechohab iencia	8.404	0.21	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A	
	Recursos Sociales de Apoyo	AE	11.78	0.019	34%	0.019	11.057*	0.019	4gl	3
		AMI	6.856	0.144	N/A	N/A	N/A	N/A	4gl	N/A
		RSOYD	8.566	0.073	N/A	N/A	N/A	N/A	4gl	N/A
		AAREAYC	8.392	0.078	N/A	N/A	N/A	N/A	4gl	N/A
	Actividades de la Vida Diaria	Global	10.67	0.031	33%	0.031	9.928*	0.035	4gl	3
AVD		3.024	0.554	N/A	N/A	N/A	N/A	4gl	N/A	
ABVD		1.475	0.831	N/A	N/A	N/A	N/A	4gl	N/A	

**TABLA 39:**Asociaciones con Chi Cuadrada ( $\chi^2$ ) en Tablas Mayores a 2x2 (\*) y en Tablas de 2x2 (-) y los Métodos de Corrección “Exacto de Fisher o Corrección de Yates” para Frecuencias Esperadas con Valor Inferior a 5 en las Casillas, en Tablas Mayores a 2x2 y de 2x2 respectivamente; con sus respectivas Significancia P<0.05 para cada Estadístico y Prueba de Monte Carlo para el Exacto de Fisher; Coeficiente de Contingencia para Discernir la Fuerza de Asociación entre Variables. Grados De Libertad (gl). No Aplica (N/A).

**Asociación de escala de apoyo social "apoyo emocional" y escala de grado de depresión geriátrica Yesavage (EGDGY)**

La asociación entre las variables EAS-AE y EGDGY de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión severa tiene relación con EAS-AE apoyo bajo, ya que del personal encuestado que refirió tener bajo apoyo en 60% resultó con depresión severa, a comparación del 16% y 35%, que refirió tener depresión leve y moderada respectivamente.

Y a la inversa, los que refirieron depresión leve obtuvieron un mayor porcentaje con apoyo moderado y los que refirieron depresión moderada obtuvieron un mayor porcentaje con apoyo alto, en comparativa con quienes refirieron tener depresión moderada y severa obtuvieron un menor porcentaje y en comparativa con quienes refirieron tener depresión leve y severa obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 40)

ESCALA DE APOYO SOCIAL "APOYO EMOCIONAL"		ESCALA DE GRADO DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE			Total
		DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	
APOYO ALTO	F. OBSERVADA	17	11	1	29
	F. ESPERADA	16.4	9.3	3.2	29.0
	%	33.3%	37.9%	10.0%	32.2%
APOYO BAJO	F. OBSERVADA	8	10	6	24
	F. ESPERADA	13.6	7.7	2.7	24.0
	%	15.7%	34.5%	60.0%	26.7%
APOYO MODERADO	F. OBSERVADA	26	8	3	37
	F. ESPERADA	21.0	11.9	4.1	37.0
	%	51.0%	27.6%	30.0%	41.1%
Total	F. OBSERVADA	51	29	10	90
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 40: Tabla de contingencia entre las variables escala de apoyo social "apoyo emocional" y escala de grado de depresión geriátrica Yesavage.**

**Asociación de escala de apoyo social general y escala de depresión geriátrica Yesavage**

La asociación entre las variables EASG y EGDGY de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión severa tiene relación con EASG apoyo bajo, ya que del personal encuestado que refirió tener bajo apoyo en 50% resultó con depresión severa, a comparación del 10% y 24%, que refirió tener depresión leve y moderada respectivamente.

Y a la inversa, los que refirieron depresión leve obtuvieron un mayor porcentaje con apoyo moderado y alto, en comparativa con quienes refirieron tener depresión moderada y severa obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 41)

ESCALA DE APOYO SOCIAL GENERAL		ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE			Total
		DEPRESIÓN LEVE	DEPRESIÓN MODERADA	DEPRESIÓN SEVERA	
APOYO ALTO	F. OBSERVADA	23	11	1	35
	F. ESPERADA	19.8	11.3	3.9	35.0
	%	45.1%	37.9%	10.0%	38.9%
APOYO BAJO	F. OBSERVADA	5	7	5	17
	F. ESPERADA	9.6	5.5	1.9	17.0
	%	9.8%	24.1%	50.0%	18.9%
APOYO MODERADO	F. OBSERVADA	23	11	4	38
	F. ESPERADA	21.5	12.2	4.2	38.0
	%	45.1%	37.9%	40.0%	42.2%
Total	F. OBSERVADA	51	29	10	90
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 41: Tabla de contingencia entre las variables escala de apoyo social "apoyo emocional" y escala de grado de depresión geriátrica Yesavage.**

**VII.5.- Comparación en grupos de pacientes adultos mayores derechohabientes del IMSS Aguascalientes., entre los que acuden a consulta de psiquiatría HGZ No. 1 y a población abierta que no acuden a consulta de psiquiatría, con el grado de asociación entre los factores en estudio y la presencia de depresión.**

#### **ASOCIACION DE LAS VARIABLES**

##### **COMPARATIVA DE GRUPOS, TIPOS DE PACIENTES CON DEPRESION.**

En cuanto a la búsqueda de la relación de la variable comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión en los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., con las Covariables tienen asociación significativa, con Edo. Civil en un 32%, con Act. Física 37%, Polifarmacia 25%, Tipo de derechohabiencia 29%, y Tiempo de derechohabiencia un 27%. Mientras que Escolaridad, Economía, Ocupación, Edad, Sexo, Comórbidos y turno de atención médica no tienen asociación.

La relación de la variable Recursos Sociales de Apoyo con la variable comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión, tienen asociación significativa en un 26%, y solo en su dimensión "Apoyo Emocional" también se encontró asociación en un 26%, y en su dimensión "Relaciones sociales de ocio y distracción" también se encontró asociación en un 41%, no así en el resto de las dimensiones. Y la relación con las Actividades de la Vida Diaria no se encuentra asociación en sus dos dimensiones. (Ver Tabla 42)



**TABLA DE ESTADISTICOS DE ASOCIACION DE LA VARIABLE COMPARATIVA DE GRUPOS TIPOS DE PACIENTES CON DEPRESIÓN Y LAS COVARIABLES, VARIABLES REDES SOCIALES DE APOYO Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON Y BRODY Y DEKATZ.**

Variable principal en fila	Variables asociadas en columna		$\chi^2$	Significancia Asintótica, Valor P >0.05 (bilateral)	Coefficiente de Contingencia	Significancia Asintótica, Valor P >0.05 (bilateral)	Estadístico exacto de Fisher*o Corrección de Yates~	Sig. de Monte Carlo (bilateral) <0.050, con Intervalo de confianza al 95%	gl y Casillas con frecuencia esperada inferior a 5.	
Comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión.	Covariables	Edad	2.015	0.365	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A
		Sexo	2.637	0.104	N/A	N/A	N/A	N/A	1gl	N/A
		Edo. Civil	12.81	0.005	32%	0.005	12.377*	0.004	3gl	2
		Escolaridad	3.404	0.182	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A
		Economía	2.243	0.143	N/A	N/A	N/A	N/A	1gl	N/A
		Ocupación	0.429	0.512	N/A	N/A	N/A	N/A	1gl	N/A
		Act. Física	17.9	0.000	37%	0.000	16.320~	0.000	1gl	0
		Comórbido	0.261	0.61	N/A	N/A	N/A	N/A	1gl	N/A
		Polifarmacia	7.377	0.007	25%	0.007	7.739~	0.005	1gl	0
		Turno	0.181	0.67	N/A	N/A	N/A	N/A	1gl	N/A
	Tipo derechohab iencia	10.68	0.03	29%	0.03	10.099*	0.025	4gl	2	
	Tiempo derechohab iencia	9.313	0.025	27%	0.025	9.821*	0.019	3gl	0	
	Recursos Sociales de Apoyo	AE	7.984	0.018	26%	0.018	7.754*	0.017	2gl	2
		AMI	5.087	0.079	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A
		RSOYD	23.19	0.000	41%	0.000	23.285*	0.000	2gl	1
		AAREAYC	5.808	0.055	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A
	Actividades de la Vida Diaria	Global	8.601	0.014	26%	0.014	8.267*	0.012	2gl	2
AIVD		0.314	0.855	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A	
ABVD		0.82	0.664	N/A	N/A	N/A	N/A	2gl	N/A	

**TABLA 42:**Asociaciones con Chi Cuadrada ( $\chi^2$ ) en Tablas Mayores a 2x2 (\*) y en Tablas de 2x2 (-) y los Métodos de Corrección “Exacto de Fisher o Corrección de Yates” para Frecuencias Esperadas con Valor Inferior a 5 en las Casillas, en Tablas Mayores a 2x2 y de 2x2 respectivamente; con sus respectivas Significancia P<0.05 para cada Estadístico y Prueba de Monte Carlo para el Exacto de Fisher; Coeficiente de Contingencia para Discernir la Fuerza de Asociación entre Variables. Grados De Libertad (gl). No Aplica (N/A).

**Asociación de Estado Civil y comparativa de grupos de tipos de pacientes con depresión (CGTPCD)**

La asociación entre las variables Edo. Civil y CGTPCD de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría tienen relación con estado civil viuda(o) y divorciada(o), ya que del personal encuestado refirió tener depresión en 25% y 6%, a comparación del 10% y 0% respectivamente, que refirió tener depresión y no acudir a consulta de psiquiatría.

Y a la inversa, los que refirieron depresión y no acudir a consulta de psiquiatría obtuvieron un mayor porcentaje con estado civil soltera(o) y casada(o), en comparativa con quienes refirieron tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 43)

EDO. CIVIL		COMPARATIVA DE GRUPOS TIPOS DE PACIENTES CON DEPRESIÓN		Total
		CON DEPRESION CON CONSULTA	CON DEPRESION SIN CONSULTA	
SOLTERA(O)	F. OBSERVADA	4	18	22
	F. ESPERADA	9.2	12.8	22.0
	%	8.3%	26.9%	19.1%
CASADA(O)	F. OBSERVADA	29	42	71
	F. ESPERADA	29.6	41.4	71.0
	%	60.4%	62.7%	61.7%
VIUDA(O)	F. OBSERVADA	12	7	19
	F. ESPERADA	7.9	11.1	19.0
	%	25.0%	10.4%	16.5%
DIVORCIADA(O)	F. OBSERVADA	3	0	3
	F. ESPERADA	1.3	1.7	3.0
	%	6.3%	.0%	2.6%
Total	F. OBSERVADA	48	67	115
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 43: Tabla de contingencia entre las variables edo. Civil y comparativa de grupos de tipos de pacientes con depresión**

**Asociación de grado de actividad física y comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión**

La asociación entre las variables actividad física y CGTPCD de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría tiene relación con actividad física y sedentarismo, ya que del personal

encuestado que refirió ser sedentario en 81% resultó con depresión y acudir a

consulta de psiquiatría, a comparación del 42%, que refirió tener depresión y no acudir a consulta de psiquiatría.

Y a la inversa, los que refirieron tener depresión y no acudir a consulta de psiquiatría obtuvieron un mayor porcentaje con no sedentario, en comparativa con quienes refirieron tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 44)

GRADO DE ACTIVIDAD FISICA		COMPARATIVA DE GRUPOS TIPOS DE PACIENTES CON DEPRESIÓN		Total
		CON DEPRESION CON CONSULTA	CON DEPRESION SIN CONSULTA	
NO SEDENTARIO	F. OBSERVADA	9	39	48
	F. ESPERADA	20.0	28.0	48.0
	%	18.8%	58.2%	41.7%
SEDENTARIO	F. OBSERVADA	39	28	67
	F. ESPERADA	28.0	39.0	67.0
	%	81.3%	41.8%	58.3%
Total	F. OBSERVADA	48	67	115
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 44: Tabla de contingencia entre las variables grado de actividad física y comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión**

### **Asociación de Grado de Polifarmacia y comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión**

La asociación entre las variables Grado de Polifarmacia y CGTPCD de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría tiene relación con polifarmacia, ya que del personal encuestado que refirió tener polifarmacia en 83% resultado con depresión y acudir a consulta de psiquiatría, a comparación del 40%, que refirió tener depresión y no acudir a consulta de psiquiatría.

Y a la inversa, los que refirieron tener depresión y no acudir a consulta de psiquiatría obtuvieron un mayor porcentaje con no tener polifarmacia, en comparativa con quienes refirieron tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 45)

GRADO DE POLIFARMACIA		COMPARATIVA DE GRUPOS TIPOS DE PACIENTES CON DEPRESIÓN		Total
		CON DEPRESION CON CONSULTA	CON DEPRESION SIN CONSULTA	
SIN POLIFARMACIA: Solo su medicamento específico psiquiátrico	F. OBSERVADA	8	27	35
	F. ESPERADA	14.6	20.4	35.0
	%	16.7%	40.3%	30.4%
CON POLIFARMACIA: más de 2 medicamentos extra de su tratamiento psiquiátrico	F. OBSERVADA	40	40	80
	F. ESPERADA	33.4	46.6	80.0
	%	83.3%	59.7%	69.6%
Total	F. OBSERVADA	48	67	115
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 45: Tabla de contingencia entre las variables Grado de Polifarmacia y comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión**

**Asociación de tipo de derechohabencia y comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión (CGTPCD)**

La asociación entre las variables tipo de derechohabencia y CGTPCD de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría tiene relación con tipo de derechohabencia padre o madre de trabajador, o esposa(o) de trabajador, ya que del personal encuestado refirió ser padre o madre de trabajador, o esposa(o) de trabajador en 38% y 35% resultó con depresión y acudir a consulta de psiquiatría, a comparación del 28% y 16%, que refirió tener depresión y no acudir a consulta de psiquiatría.

Y a la inversa, los que refirieron depresión y no acudir a consulta de psiquiatría obtuvieron un mayor porcentaje con derechohabencia tipo trabajador, abuela(o), pensionado(a), en comparativa con quienes refirieron tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 46)

TIPO DE DERECHOHABIANCIA		COMPARATIVA DE GRUPOS TIPOS DE PACIENTES CON DEPRESIÓN		Total
		CON DEPRESION CON CONSULTA	CON DEPRESION SIN CONSULTA	
Trabajador	F. OBSERVADA	9	22	31
	F. ESPERADA	12.9	18.1	31.0
	%	18.8%	32.8%	27.0%
Padre o madre	F. OBSERVADA	18	19	37
	F. ESPERADA	15.4	21.6	37.0
	%	37.5%	28.4%	32.2%
Abuelo(a)	F. OBSERVADA	0	2	2
	F. ESPERADA	.8	1.2	2.0
	%	.0%	3.0%	1.7%
Pensionado (a)	F. OBSERVADA	4	13	17
	F. ESPERADA	7.1	9.9	17.0
	%	8.3%	19.4%	14.8%
Esposa(o)	F. OBSERVADA	17	11	28
	F. ESPERADA	11.7	16.3	28.0
	%	35.4%	16.4%	24.3%
Total	F. OBSERVADA	48	67	115
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 46: Tabla de contingencia entre las variables tipo de derechohabiancia y comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión**

**Asociación de tiempo de derechohabiancia y comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión**

La asociación entre las variables tiempo de derechohabiancia y CGTPCD de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría tiene relación con el tiempo de derechohabiancia de menos de 1 año a

12 años, de 13 años a 25 años, de 26 años a 38 años, ya que del personal encuestado refirió tener menor antigüedad en 35%, 38% y 23%, resultado con depresión y acudir a consulta de psiquiatría, a comparación del 31%, 22% y 22%, que refirió tener depresión y no acudir a consulta de psiquiatría.

Y a la inversa, los que refirieron depresión y no acudir a consulta de psiquiatría obtuvieron un mayor porcentaje con una gran antigüedad de tiempo de derechohabiancia mayor a 39 años, en comparativa con quienes refirieron

tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 47)

TIEMPO DE DERECHOHABENCIA		COMPARATIVA DE GRUPOS TIPOS DE PACIENTES CON DEPRESIÓN		Total
		CON DEPRESION CON CONSULTA	CON DEPRESION SIN CONSULTA	
DE MENOS DE 1 AÑO A 12 AÑOS	F. OBSERVADA	17	21	38
	F. ESPERADA	15.9	22.1	38.0
	%	35.4%	31.3%	33.0%
DE 13 AÑOS A 25 AÑOS	F. OBSERVADA	18	15	33
	F. ESPERADA	13.8	19.2	33.0
	%	37.5%	22.4%	28.7%
DE 26 AÑOS A 38 AÑOS	F. OBSERVADA	11	15	26
	F. ESPERADA	10.9	15.1	26.0
	%	22.9%	22.4%	22.6%
DE 39 AÑOS A 50 AÑOS	F. OBSERVADA	2	16	18
	F. ESPERADA	7.5	10.5	18.0
	%	4.2%	23.9%	15.7%
Total	F. OBSERVADA	48	67	115
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 47: Tabla de contingencia entre las variables tiempo de derechohabencia y comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión**

**Asociación de escala de apoyo social "apoyo emocional" y comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión**

La asociación entre las variables EAS-AE y CGTPCD de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría tiene relación con EAS-AE apoyo bajo a moderado, ya que del personal encuestado que refirió tener bajo a moderado apoyo en 15% y 21% resultó con depresión, a comparación del 2% y

18%, que refirió tener depresión y no acudir a consulta de psiquiatría, respectivamente.

Y a la inversa, los que refirieron depresión y no acudir a consulta de psiquiatría obtuvieron un mayor porcentaje con apoyo alto, en comparativa con quienes refirieron tener depresión obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 48)

ESCALA DE APOYO SOCIAL "APOYO EMOCIONAL"		COMPARATIVA DE GRUPOS TIPOS DE PACIENTES CON DEPRESIÓN		Total
		CON DEPRESION CON CONSULTA	CON DEPRESION SIN CONSULTA	
APOYO ALTO	F. OBSERVADA	31	54	85
	F. ESPERADA	35.5	49.5	85.0
	%	64.6%	80.6%	73.9%
APOYO BAJO	F. OBSERVADA	7	1	8
	F. ESPERADA	3.3	4.7	8.0
	%	14.6%	1.5%	7.0%
APOYO MODERADO	F. OBSERVADA	10	12	22
	F. ESPERADA	9.2	12.8	22.0
	%	20.8%	17.9%	19.1%
Total	F. OBSERVADA	48	67	115
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 48: Tabla de contingencia entre las variables escala de apoyo social "apoyo emocional" y comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión**

**Asociación de escala de apoyo social "redes sociales de ocio y distracción" y comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión**

La asociación entre las variables EAS-RSOYD y CGTPCD de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría tiene relación con EAS- RSOYD apoyo bajo a moderado, ya que del personal encuestado que refirió tener bajo a moderado apoyo en 17% y 52% resultó con depresión, a comparación del 5% y 19%, que refirió tener depresión y no acudir a consulta de psiquiatría, respectivamente.

Y a la inversa, los que refirieron depresión y no acudir a consulta de psiquiatría obtuvieron un mayor porcentaje con apoyo alto, en comparativa con quienes refirieron tener depresión obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 49)



ESCALA DE APOYO SOCIAL "REDES SOCIALES DE OCIO Y DISTRACCION"		COMPARATIVA DE GRUPOS TIPOS DE PACIENTES CON DEPRESION		Total
		CON DEPRESION CON CONSULTA	CON DEPRESION SIN CONSULTA	
APOYO ALTO	F. OBSERVADA	15	51	66
	F. ESPERADA	27.5	38.5	66.0
	%	31.3%	76.1%	57.4%
APOYO BAJO	F. OBSERVADA	8	3	11
	F. ESPERADA	4.6	6.4	11.0
	%	16.7%	4.5%	9.6%
APOYO MODERADO	F. OBSERVADA	25	13	38
	F. ESPERADA	15.9	22.1	38.0
	%	52.1%	19.4%	33.0%
Total	F. OBSERVADA	48	67	115
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 49: Tabla de contingencia entre las variables escala de apoyo social "redes sociales de ocio y distracción" y comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión.**

**Asociación de escala de apoyo social general y comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión**

La asociación entre las variables EASG y CGTPCD de los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., hace ver que tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría tiene relación con EASG apoyo bajo a moderado, ya que del personal encuestado que refirió tener bajo a moderado apoyo en 10% y 21% resultó con depresión, a comparación del 2% y 9%, que refirió tener depresión y no acudir a consulta de psiquiatría, respectivamente.

Y a la inversa, los que refirieron depresión y no acudir a consulta de psiquiatría obtuvieron un mayor porcentaje con apoyo alto, en comparativa con quienes refirieron tener depresión obtuvieron un menor porcentaje. (Ver Tabla 50)

ESCALA DE APOYO SOCIAL GENERAL		COMPARATIVA DE GRUPOS TIPOS DE PACIENTES CON DEPRESIÓN		Total
		CON DEPRESION CON CONSULTA	CON DEPRESION SIN CONSULTA	
APOYO ALTO	F. OBSERVADA	33	60	93
	F. ESPERADA	38.8	54.2	93.0
	%	68.8%	89.6%	80.9%
APOYO BAJO	F. OBSERVADA	5	1	6
	F. ESPERADA	2.5	3.5	6.0
	%	10.4%	1.5%	5.2%
APOYO MODERADO	F. OBSERVADA	10	6	16
	F. ESPERADA	6.7	9.3	16.0
	%	20.8%	9.0%	13.9%
Total	F. OBSERVADA	48	67	115
	F. ESPERADA	48.0	67.0	115.0
	%	100.0%	100.0%	100.0%

**Tabla 50: Tabla de contingencia entre las variables escala de apoyo social general y comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión.**

## VIII.- DISCUSIONES

La caracterización de los elementos de la muestra en el adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS en Aguascalientes, se encontró que está constituida de la siguiente forma:

Se trata de una población de derechohabientes mayores de 60 años del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes donde consta de una mayoría de 60 a 70 años de edad en un 63% y disminuyendo directamente proporcional al aumentar la edad, es de esperarse ya que recordando la esperanza de vida general ésta no rebasa los 75 años por lo que es decreciente el número de pacientes encontrados por arriba de los 75 años.

Respecto al género predominan más las mujeres que fueron encuestadas que los hombres es de dilucidar ya que estatalmente y de forma nacional es mayor la población femenina. En Aguascalientes, según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, en el segundo trimestre del año 2009, casi 5 mil son hombres (11.2%) y 7 mil 760 mujeres (14.6%).

Son más las(os) casadas(os), seguido de viudas(os), después solteras(os), y en minoría divorciadas(os) y unión libre; coincide con lo estudiado en el estado de Aguascalientes donde la distribución porcentual por situación conyugal se observa 54.1% de mayores de 60 años son casados y 28.7% son viudos, solamente 1.3% son divorciados.

En el Grado Escolar, se constituye la población con un alto analfabetismo, pero predomina la escolaridad básica. En Aguascalientes, según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, en el segundo trimestre del año 2009, 12 mil 558 personas de 60 años y más no saben leer ni escribir. Así mismo de cada 100 personas de 60 años y más en la entidad, 20 no tienen instrucción formal, 34 tienen la primaria incompleta, 25 cuentan con la primaria terminada, 12 tienen algún grado aprobado de secundaria y 10 estudios posbásicos. El promedio de escolaridad de este grupo de población es de 5.5 años, es decir, sexto año de primaria; 5.35 años los hombres y 5.89 las mujeres.

Los derechohabientes mayores de 60 años en su mayoría son dependientes económicamente y Ocupacionalmente en su mayoría son desempleados y que difícilmente se ocupan en algo. Comparando los resultados obtenidos con lo registrado en Aguascalientes donde la dependencia económica se incrementó de 21.3 a 33.7%; observamos que coincide.

En Aguascalientes, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo registró en el segundo trimestre de 2009, alrededor de 26 mil personas económicamente activas de 60 años y más, que representan 5.8% del total, cerca de 26 mil están ocupados, 6.1% del total de la población ocupada del estado. Así mismo 71.2% de la población ocupada de 60 años y más son hombres.

La relación de dependencia demográfica que se refiere a una persona que no puede valerse por sí misma, según el INEGI desde 1970 se incrementa en 1.7% anual. En Aguascalientes se presentó una reducción de adultos mayores de 60 años de 13 a 11%, en relación a 100 personas económicamente activas.

También es una población donde predomina el sedentarismo, es una población que tienen al menos una enfermedad la mayoría de los pacientes aparte de padecer o no depresión. Es de suponer que por edad avanzada, aunque no lo correcto. La enfermedad que más prevalece en esta población es la HAS, seguido por la combinación de DM2 e HAS y después de sólo DM2, el resto es otras patologías y su combinación de estas con la DM2 e HAS.

Es de suponer que ésta población consume en gran cantidad medicamentos demostrado por un 70% que contestó consumir mucho más de 2 medicamentos. Es generado por el alto grado de comórbidos.

La mayor proporción de derechohabientes son padres, seguido por iguales proporciones trabajadores y esposos de trabajadores, los pensionados tienen un 15%. En comparativa se encuentra disminuido ya que en 2009, del total de personas de 60 años y más no económicamente activas poco más de una de cada cuatro gozaba de algún tipo de pensión; de éstas, 78.5% eran hombres y 21.5% mujeres.

En Tiempo de Derechohabencia, es de menos de 12 años en su mayoría de los pacientes incrementando al disminuir el tiempo. Esto es aceptable desde el punto de vista que la institución ha mejorado en su captación al derechohabiente siendo esto reciente, además de haber incrementado demográficamente la población de Aguascalientes.

Aunque la mayor proporción de derechohabientes refirió no padecer algún problema psiquiátrico esto es en relación a la población abierta que no acudía a la consulta de psiquiatría previamente. Pero la que si acude refiere una cronicidad en su mayoría menor de 5 años en un porcentual de 17% de la totalidad de la población que vendría siendo solo de los que acuden a psiquiatría el 71%.

En lo que respecta a los Datos de la Variable Principal y variables factores específicos asociados se observa que la prevalencia de depresión en un 68% a través de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, de estos excluyendo a aquellos que ya tenían un diagnóstico previo tenemos que representa un 65% de esa prevalencia del 68% constituida por adulto mayor derechohabiente de población abierta. De estos el grado de depresión es la depresión leve en un 60%, es de esperarse ya que es difícil que una gran mayoría de paciente llegue a estadios severos de la depresión. En comparativa con otros datos difiere por mucho pero hay que tomar en cuenta que la mayoría de los participantes se les aplicó un instrumento de tipo test de cribado.

El informe mundial sobre salud refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo es de 1,9 y 3,2 % en los hombres y de 5,8 y 9,5 % en las mujeres.  
(1) (2)

En estudio que utilizó los datos obtenidos por la Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), sobre 1880 participantes, existió un 37.9 por ciento de pacientes que presentaban síntomas depresivos.

Los derechohabientes mayores de 60 años manifiestan en su mayoría un mayor apoyo social, seguido en forma moderada y el restante lo manifiesta bajo, de igual forma se encuentra en sus dimensiones de ésta variable, siendo

directamente proporcional siendo mayor número de pacientes que manifiesten un mayor apoyo social.

En general la funcionalidad con la que se perciben los derechohabientes es en su mayoría independientes, en sus dos dimensiones tanto para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, como para Actividades Básicas de la Vida Diaria, que se difiere con datos recabados en otros estudios. Donde se expresa que cerca de 2 millones de mexicanos adultos mayores sufren un estado de dependencia funcional. (122)

En el total de la población en México, el porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad es de alrededor de 2%; de éstas el 40 % se concentra en el grupo de 60 años y más, y la mitad de éstas, en el grupo de 70 años y más. (123)

En términos generales, 22 % de mujeres y 15 % de hombres de 65 años y más necesitan ayuda para vivir en casa o han sido llevados a una institución; de las personas de 85 años en adelante, 62 % de mujeres y 46 % de hombres necesitan tal ayuda. (123). La mayor proporción de discapacidad es en las mujeres con respecto a los hombres, sobre todo a partir de los 85 años: 86.8% y 59.7%, respectivamente. (123).

Al buscar asociación entre escala de depresión geriátrica Yesavage y en los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes ., con las Covariables tienen asociación significativa, Estado Civil en un 27%, hace ver que tener depresión tienen relación con estado civil viuda(o), divorciada(o), unión libre (o).

Los Factores que se asocian a la Depresión han sido variados según el estado ó país, en Tlaxcala Tapia-Mejía y col, vieron que pacientes con algún grado de depresión predominaban en casados, así mismo no se encontraron diferencias entre ser hombre y mujer (10) (17), sin embargo Márquez, 2005, menciona que las pacientes femeninas tenían 4,2 veces más riesgo que los pacientes masculinos de presentar este trastorno. (10) (15)

En esta investigación, En Escolaridad un 22%, hace ver que tener depresión tiene relación con escolaridad analfabeta; Economía 14%, hace ver que tener depresión tiene relación con estado Económico dependiente de familiares; Actividad Física 22%, hace ver que tener depresión tiene relación con sedentarismo.

En otra investigación Campos J. 2004 menciona que en España el deterioro cognitivo, la dependencia funcional, la comorbilidad y la escolaridad se asociaron a la presencia de manifestaciones de depresión. (62) en éste punto de dependencia funcional la relación con las Actividades de la Vida Diaria no se encuentra asociación en sus dos dimensiones, es de esperarse ya que se encontró muy leve dependencia, por lo que difiere con la mayoría de los autores; no así la escolaridad donde si se encuentra la asociación.

Lee, et al. En una muestra de mayores de 60 años, encontraron que las personas diagnosticadas con una enfermedad médica, comparados con las que no, tendían a mostrar mayores puntuaciones en sintomatología depresiva, encontrando que la comorbilidad tendía a una relación lineal positiva entre número de enfermedades diagnosticadas y la intensidad de la sintomatología depresiva. (26) La comorbilidad fue otro factor en el que no se encontró asociación en esta investigación, por lo que se difiere.

Kiosses y cols. Estudiaron 126 pacientes ancianos sin demencia y con depresión mayor unipolar, encontrando que el deterioro de las actividades instrumentales de la vida diaria estaba significativamente asociado con la edad, el sexo, carga médica, severidad de la depresión, e iniciación/perseveración. (27)

En la Ocupación 15%, hace ver que tener depresión tiene relación con actividad actual ocupacional desempleado; Polifarmacia 16%, hace ver que tener depresión tiene relación con polifarmacia; y Tipo de derechohabiencia 27%, hace ver que tener depresión tiene relación con tipo de derechohabiencia padre o madre de trabajador, o esposa(o) de trabajador; el resto de las covariables no tiene asociación.



Gómez-Restrepo 2004, señalan que los factores asociados con la depresión en Brasil y Chile en 2004, fueron ser mujer, no tener empleo, tener bajos ingresos económicos, ser soltero o separado y tener bajo nivel educacional. (124). Como se podrá ver en su mayoría los factores que se propuso en esta investigación para encontrar asociación, coinciden con los trabajados en otras investigación, en este caso sólo se difieren de el género.

La relación de la variable Recursos Sociales de Apoyo con la variable EDGY, tienen asociación significativa en un 36%, así como en cada una de sus dimensiones; donde hace ver que tener depresión tiene relación con EASG apoyo bajo a moderado. En otro estudio la depresión también mostró una tendencia a asociarse con otros indicadores de una escasa red social, como vivir solo, tener menor contacto con familiares, amigos o vecinos, y carecer de confidente. (37)

Otros autores, Asimismo, descubrieron que además de los factores de riesgo que podríamos denominar “clásicos”, existen otros, como déficit en el apoyo social, grado de funcionalidad, salud percibida, etc., que cada vez adquieren mayor relevancia en la población anciana. La dependencia funcional, el declinar cognitivo, insuficientes recursos económicos, el aislamiento social y la institucionalización son factores de riesgo de enfermedad mental en los ancianos. El buen afrontamiento de la vejez, los hábitos de vida saludables, la actividad psicosocial y una red de apoyo social funcional son factores protectores de trastornos afectivos. (19).

La presentación de depresión en el paciente adulto mayor refleja frecuentemente el ciclo de vida, caracterizado por la pérdida de seres queridos, pérdida del empleo y problemas económicos; así mismo en el grupo de adultos muy mayores la depresión se encuentra altamente elevada por la disfunción física y pérdida del estatus (20). El apoyo social parece desempeñar un importante papel en moderar/mediar el impacto de los eventos vitales estresantes sobre la salud en general, encontrándose tasas de mortalidad (para todas las causas) más elevada entre las personas caracterizadas por escaso apoyo social. (25)

En un estudio en España, 2000, se encontró que la depresión fue más frecuente en los pacientes con las siguientes características: grado funcional III-IV de la

NYHA (odds ratio ajustada [ORa] = 2,00; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,23-3,24); peor puntuación en los aspectos físicos de la calidad vida (ORa = 3,14; IC del 95%,1,98 - 4,99); dependencia en 1 o 2 actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (ORa = 2,52; IC del 95%, 1,41- 4,51); dependencia en 3 o más ABVD (ORa = 2,47; IC del 95%, 1,20 - 5,07); limitación en alguna actividad instrumental de la vida diaria (ORa = 2,20; IC del 95%, 1,28 - 3,79); hospitalización previa por insuficiencia cardiaca (ORa = 1,71; IC del 95%, 1,93 - 5,45); estaban solos en casa más de 2 h al día (ORa = 3,24; IC del 95%, 1,93 - 5,45); menor satisfacción con el médico de atención primaria (ORa = 1,90; IC del 95%, 1,14-3,17). (37)

En un estudio en Torreón 2003, los factores más relacionados con depresión en el anciano fueron pertenecer al sexo femenino (OR 2.55 IC 95% 1.56 – 4.16 ), dependencia para realizar las actividades diarias ( OR 1.7 , IC 95% 1.02 - 2.84), estar hospitalizado (OR 1.45; IC 95% 1.06 – 1.98), vivir solo o con personas no cercanas a la familia (OR 2.68, IC 95% 1.15 – 5.74), y padecer enfermedades crónicas degenerativas (OR 2.05 IC 95% 1.05 - 4.02). (70)

En un estudio en la Ciudad de México en el 2006, se encontró que en hombres la dificultad para realizar actividades de la vida diaria se asoció con la presencia de síntomas depresivos (razón de posibilidades [odds ratio, OR] = 2,62; IC95%: 1,58 a 4,34) y saber leer se asoció con menos síntomas depresivos (OR = 0,46; IC95%: 0,31 a 0,68). En las mujeres, la dificultad para realizar actividades de la vida diaria se asoció con más síntomas depresivos (OR = 2,50; IC95%: 1,57 a 3,97), al igual que ser la cabeza de la familia (OR = 1,81; IC95%: 1,11 a 2,93). (72)

Soriano Soto 2005, mencionan que en México se encontró que síntomas depresivos en ancianos estaban relacionados con mujeres, jubilados, pensionistas, sedentarios, con familias disfuncionales y con dependencia económica. (15). Así mismo Martín y Gorman En Massachusetts, EE.UU 2006, señalan que hay una prevalencia notablemente de depresión más alta en las mujeres que en los varones. (5) (7). También Rodríguez 2007 dice que en Cuba, en adultos mayores la depresión predominó en personas del sexo femenino, personas con edades de 60 a 65 años, viudas y solteras. (1) Castillo-Manzano en Yucatán detectaron asociación de violencia intrafamiliar con el trastorno

depresivo, así mismo, otros factores, como ser casada, tener nivel socioeconómico bajo y apoyo social mínimo también incrementaron las probabilidades de padecer depresión. (38) como se puede ver solo en edad tampoco se coincide, al no haber encontrado asociación.

También en 2008 pero en Tabasco México Zavala-González encontraron que los factores asociados a depresión fueron: escolaridad baja, estado civil no unido, además se encontró una fuerza de asociación depresión/disfunción familiar. (69) Ernesto Cruz 2008, en Cuba encontró que el 52 % de 116 ancianos padecieron de trastornos de sueño muy en relación a trastornos psicoafectivos y al sexo de los pacientes. (68) Wilson-Escalante en México en 2009 encontraron que de 201 ancianos que encuestaron el cincuenta y cinco por ciento de los ancianos encuestados sedentarios y el 30% de ancianos activos fueron detectados como deprimidos. (39)

Diferentes estudios que se han llevado a cabo con respecto a las variables que determinan el grado de satisfacción con la vida, han mostrado que la edad no es un factor determinante de la misma, en cambio, factores como la salud, las habilidades funcionales, los contactos sociales o la actividad física o de ocio, factores considerados “de riesgo” para padecer enfermedad o disminución de la autonomía en el anciano. (56) Factores como el estado civil, nivel socioeconómico, redes de apoyo y enfermedades relacionadas, influyen en la presentación de síntomas depresivos independientemente de la edad. (35) en este otro estudio si coincide al respecto con la edad no encontrando relación, pero apoya al resto de los factores donde si se encuentra asociación.

Los estudios realizados en relación al estado civil y el desarrollo de trastornos afectivos revelan que las personas viudas y del sexo masculino constituyen el principal grupo de riesgo. (13)

Se ha demostrado una mayor prevalencia de depresión en los niveles socioeconómicos más bajos y una relación inversa entre la amplia variedad de trastornos psicopatológicos y el estatus socioeconómico, encontrando además que las mujeres y los grupos minoritarios son los más desfavorecidos. (25)

Los ancianos, por su pérdida de nivel adquisitivo en relación a la jubilación, presentan también más riesgo de enfermedad mental. (13) La concurrencia de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

una enfermedad crónica invalidante o con alto riesgo de mortalidad y la falta de ingresos económicos mínimos para cubrir las necesidades básicas, incrementan la asociación entre el desarrollo de depresión y el déficit económico. (31)

El nivel cultural se encuentra asociado con el desarrollo de trastornos afectivos, la prevalencia de la depresión es mayor entre los sujetos menos favorecidos culturalmente. (32) La presencia de eventos estresantes y en particular la muerte de uno de los cónyuges (viudedad) constituyen en sí mismos un factor de riesgo de padecer trastornos afectivos en la población geriátrica. (29)

En un estudio 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 pluripatología y polifarmacia, y una acción protectora en aquellos con disarmonía familiar. (64) como se puede observar son varios los estudios en los que se coincide con los resultados obtenidos.

En un estudio en el Edo de México 2001, en la relación entre la depresión y distintas variables se obtuvo un valor de p menor de 0.05 en las siguientes variables, sexo femenino, dependencia económica, pluripatología, familia disfuncional y sedentarismo; el valor de P fue mayor de 0.05 en las siguientes: edad, actividad laboral y polifarmacia. Se evaluó el riesgo de las variables a través de la odds ratio con un intervalo de confianza del 95%. Presentaban un riesgo mayor de trastorno del estado de ánimo (depresión) las familias disfuncionales (7.5 más veces que las funcionales), el sexo femenino (4.2 veces más que el masculino), las personas sedentarias (3.5 veces que las que realizaban actividad física) y las que tenían dependencia económica (2.3 más veces que las que no tenían dependencia). (15)

Los estudios realizados en relación a la depresión y al estado civil y el desarrollo de trastornos afectivos revelan que las personas viudas y del sexo masculino constituyen el principal grupo de riesgo. (19) (13)

Estudios han demostrado una mayor prevalencia de depresión en ancianos en los niveles socioeconómicos más bajos (19) (25)

Karina Wilson – Escalante y cols, 2009, en un estudio transversal cuyo objetivo fue determinar la relación entre el ejercicio físico con la depresión en ancianos en una muestra de 201 personas mayores de 60 años, reportando resultados de que el 50% de los ancianos sedentarios y el 30 % de los ancianos activos fueron detectados como deprimidos; concluyendo que la baja actividad física es factor de riesgo para la depresión en ancianos. (39)

Belló M y Cols. 2005, en un estudio con objetivo de presentar las estimaciones de prevalencia de depresión, así como el porcentaje de individuos que han sido médicamente diagnosticados; el diseño muestral de la encuesta fue de carácter probabilístico, polietápico y por conglomerados se encuestaron 38 700 hogares, se obtuvieron como resultados que la prevalencia nacional de depresión 4.5% así como la prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. En sus conclusiones reportan que la depresión es un padecimiento sumamente frecuente en personas adultas y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social. (21)

En estudio que utilizó los datos obtenidos por la Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), sobre 1880 participantes, donde la edad media fue de 75.5, existió un 37.9 por ciento de pacientes que presentaban síntomas depresivos. En este estudio, no se encontraron diferencias significativas entre sexos. Las personas que presentaron síntomas depresivos, tuvieron más susceptibilidad para las enfermedades, y la pérdida de capacidades físicas. (10)(16)

Castro Lizárraga y cols, 2006, en un estudio transversal – analítico en 511 sujetos de 60 años y mayores con objetivo de determinar los factores de riesgo para desarrollar estrategias efectivas de diagnóstico y tratamiento se encontró como resultados que la prevalencia de depresión fue de 41.7%, se observó como factores de riesgo para desarrollar depresión: el bajo apoyo social, económicamente improductivos, inasistencia a asociaciones de convivencia, inactividad física, dependencia económica, género femenino, pluripatología y polifarmacia, concluyendo que la depresión es un problema de salud pública en los adultos mayores y que los factores de riesgo psicosocial mostraron mayor fuerza de asociación para desarrollar depresión. (29) en algunos estudios se



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

puede observar que se realizó la razón de momios encontrando buena asociación, en ésta investigación se realizó además de la chi cuadrada y su asociación, se determinó también la fuerza de asociación por medio del coeficiente de contingencia, de cada factor y la presencia de depresión por medio del instrumento de escala de depresión geriátrica de Yesavage.

En cuanto a la búsqueda de la relación de la variable escala grado de depresión geriátrica Yesavage en población abierta en los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., con las Covariables no tienen asociación significativa, como Estado Civil, Escolaridad, Economía, Ocupación, Actividad Física, Polifarmacia, Tipo de derechohabiencia, Edad, Sexo, Comórbidos, turno de atención médica y Tiempo de derechohabiencia.

La relación de la variable Recursos Sociales de Apoyo con la variable EDGY, tienen asociación significativa en un 33%, hace ver que tener depresión severa tiene relación con EASG apoyo bajo, y sólo en su dimensión "Apoyo Emocional" también se encontró asociación en un 34%, hace ver que tener depresión severa tiene relación con EAS-AE apoyo bajo, no así en el resto de las dimensiones. Y la relación con las Actividades de la Vida Diaria no se encuentra asociación en sus dos dimensiones.

En este rubro donde sólo se observa el grado de depresión, Se puede dilucidar que definitivamente no hay asociación, solo el apoyo social esta fuertemente relacionado, en comparativa con la ausencia o presencia de la depresión donde si se encontró una gran cantidad de factores asociados, y sólo es coincidente la no asociación con la dependencia funcional.

En cuanto a la búsqueda de la relación de la variable comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión en los derechohabientes mayores de 60 años de edad del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes., con las Covariables tienen asociación significativa, con Estado Civil en un 32%, hace ver que tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría tienen relación con estado civil viuda(o) y divorciada(o); con Actividad Física 37%, hace ver que tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría tiene relación con actividad física y sedentarismo; Polifarmacia 25%, hace ver que tener depresión y acudir a  
a  
consulta de psiquiatría tiene relación con polifarmacia; Tipo de derechohabiencia

29%, hace ver que tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría tiene relación con tipo de derechohabiente padre o madre de trabajador, o esposa(o) de trabajador; y Tiempo de derechohabiente un 27%, hace ver que tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría tiene relación con el tiempo de derechohabiente de menos de 1 año a 12 años, de 13 años a 25 años, hasta de 26 años a 38 años; Mientras que Escolaridad, Economía, Ocupación, Edad, Sexo, Comórbidos y turno de atención médica no tienen asociación.

La relación de la variable Recursos Sociales de Apoyo con la variable comparativa de grupos tipos de pacientes con depresión, tienen asociación significativa en un 26%, hace ver que tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría tiene relación con EASG apoyo bajo a moderado; y solo en su dimensión "Apoyo Emocional" también se encontró asociación en un 26%, hace ver que tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría tiene relación con EAS- AE apoyo bajo a moderado; y en su dimensión "Relaciones sociales de ocio y distracción" también se encontró asociación en un 41%, hace ver que tener depresión y acudir a consulta de psiquiatría tiene relación con EAS- RSOYD apoyo bajo a moderado; no así en el resto de las dimensiones. Y la relación con las Actividades de la Vida Diaria no se encuentra asociación en sus dos dimensiones.

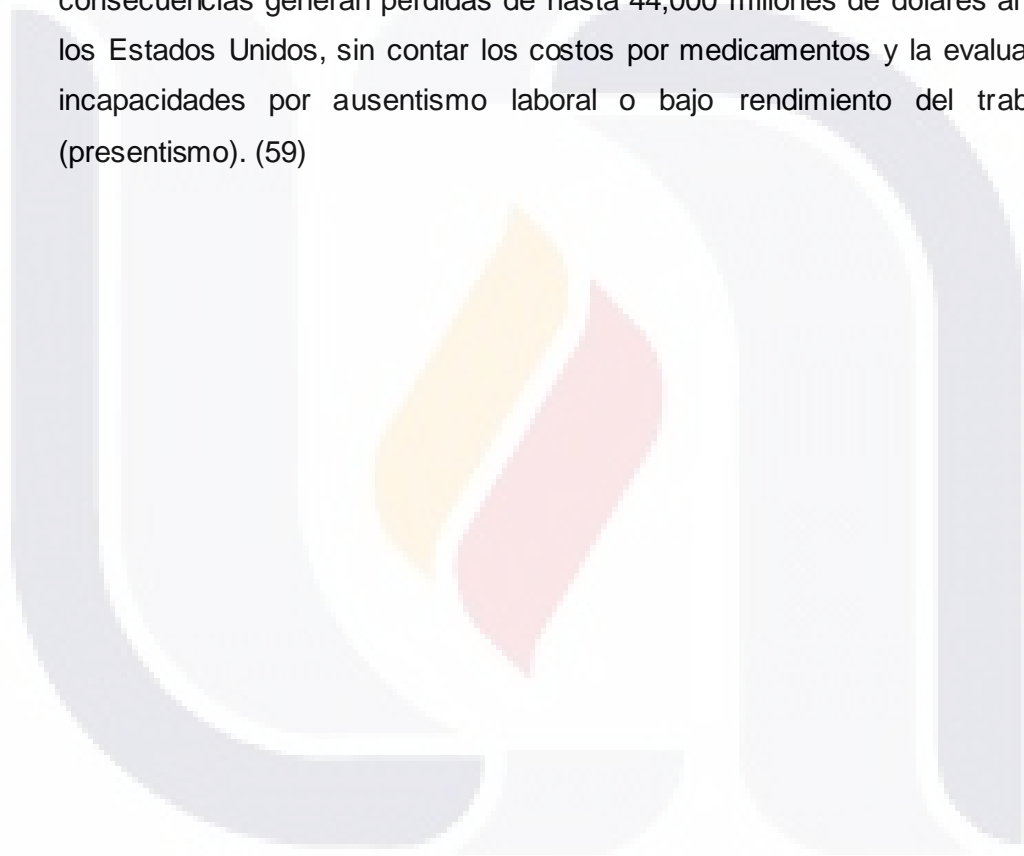
En esta variante de variable al respecto de la depresión se encuentra nuevamente una gran cantidad de asociación con factores, pero esta variante maneja la depresión en ambos grupos comparativos, donde lo que difiere es que un grupo no acude a la consulta de psiquiatría y el otro no acude a consulta es de población abierta, y este es un factor importante para la depresión y su prevalencia.

Por lo que es de pensar que al encontrar estos resultados se puede deducir que nuestra población anciana es vulnerable de presentar diferentes efectos que pueden ser asociados a la depresión por lo tanto son vulnerables de presentar en algún momento de su vida depresión así como las consecuencias que ésta misma puede provocar como pueden ser: irritabilidad, enojo, conductas antisociales, conductas violentas, pérdida de energía, abuso de alcohol, abuso de otras drogas, deseos de muerte, desesperación, culpabilidad, dificultad para concentrarse, indecisión y en el peor de los casos lleva al suicidio (58);



además de que disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades físicas y acorta la esperanza de vida (12). Se eleva el riesgo de muerte prematura, no sólo por el incremento posible de los suicidios, sino por aparición de enfermedades somáticas (66); así mismo acorta la vida e incrementa los costes sanitarios y la incapacidad producida por otras enfermedades y es la principal causa de suicidio (6); aumenta la morbilidad, la demanda de salud, el costo y el servicio social de la comunidad. (40) (41).

Esto nos puede llevar a un importante problema de salud pública, ya que sus consecuencias generan pérdidas de hasta 44,000 millones de dólares al año en los Estados Unidos, sin contar los costos por medicamentos y la evaluación de incapacidades por ausentismo laboral o bajo rendimiento del trabajador (presentismo). (59)



## IX.- CONCLUSIÓN

Se concluye con esta investigación, la respuesta a la pregunta problema donde se afirma que “El Estado Civil, Escolaridad, Estado económico, Grado de actividad física, actividad ocupacional, Polifarmacia, tipo de derechohabencia, tiempo de derechohabencia, apoyo social son los factores de riesgo asociados a la presencia y grado depresión en el adulto mayor deprimido que acude tanto al servicio de psiquiatría y población abierta derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes , Ags.

Por lo que se cumple el objetivo general y específicos, donde se identificó los factores asociados a la depresión en el adulto mayor que acuden a consulta de Psiquiatría y población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes.

Se caracterizaron los elementos de la muestra en el adulto mayor, que acuden a consulta de Psiquiatría y población abierta derechohabientes en HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes. Con una prevalencia de depresión del 68% en una muestra total de 204 elementos. Se Asoció las características de los elementos de la muestra a la depresión en pacientes adulto mayor, que acuden a la consulta de Psiquiatría y población abierta derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes donde se encontró asociación. Se Asoció el factor específico dependencia funcional a la depresión en pacientes adulto mayor, que acuden a la consulta de Psiquiatría y población abierta derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes donde no se encontró asociación. Se Asoció el factor específico apoyo social a la depresión en pacientes adulto mayor, que acuden a la consulta de Psiquiatría y población abierta derechohabientes del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, encontrándose asociación.

Se Asocian las características de los elementos de la muestra al grado de depresión de pacientes adulto mayor, no diagnosticados para depresión en población abierta derechohabiente del IMSS Aguascalientes, donde no se encontró asociación. Se Asoció el factor específico dependencia funcional al grado de depresión de pacientes adulto mayor, no diagnosticados para depresión en población abierta derechohabiente del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, donde no se encontró asociación. Se Asoció el factor específico

apoyo social al grado de depresión de pacientes adulto mayor, no diagnosticados para depresión, en población abierta derechohabiente del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, encontrando asociación.

Al Comparar en ambos grupos el grado de asociación con los factores en estudio y la presencia de depresión en pacientes adultos mayores del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes encontrando asociación, encontrándose favorecedor a los que acuden a consulta de psiquiatría y factores de riesgo negativos a la los derechohabientes que se les detectó depresión pero no tienen atención médica al respecto.

Por lo que una vez confirmado y detectado el problema, se propone lo siguiente a las autoridades correspondientes del HGZ No. 1 IMSS Aguascalientes, Ags.

Que a través de los servicios de medicina familiar que se ven fortalecidos a través de sus programas de mejora continua se tomen las acciones encaminadas a intensificar las acciones de detección oportuna, diagnóstico precoz, prevención, tratamiento eficaz y rehabilitación de este problema de salud de toda la población derechohabiente. Ya que México se convertirá en un país viejo. Se espera que para el 2035 la proporción de adultos mayores sea igual a la de los niños. (10)

El informe mundial sobre salud refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo es de 1,9 y 3,2 % en los hombres y de 5,8 y 9,5 % en las mujeres. (1) (2)

La Organización Mundial de la Salud, señala que en países desarrollados, la depresión en los pacientes mayores de 60 años será la segunda causa de morbilidad y mortalidad en el año 2020. (10) (12)

Estos componentes de atención deben ser reforzadas por acciones educativas y de promoción de la salud, así como por la implantación de grupos de autoayuda y apoyo para mejorar el impacto de las intervenciones.

Todas estas iniciativas señalan la prioridad otorgada a la salud de este grupo en el IMSS y su impacto se podrá evaluar gracias al sistema de información nominal.

Por lo que se debería de realizar una guía específica encaminada a la prevención y manejo precoz de la depresión en el adulto mayor, donde las acciones de atención en medicina familiar estén encaminadas a los factores de riesgo encontrados.

El IMSS brinda atención a la salud con la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES. (129)

Esta norma solo maneja de forma integral al adulto mayor reforzando la idea de que falta una forma más específica al manejo de la depresión en adultos mayores.

El haber determinado los factores asociados a la depresión en los pacientes adultos mayores permitirá la realización de estrategias objetivas para la disminución de la depresión en el adulto mayor que acude a los servicios de salud.

Los factores de riesgo para la depresión como los factores ambientales y los estilos de vida influyen significativamente en el tipo de envejecimiento que presenta cada individuo, de ahí que identificar los factores que favorecen el envejecimiento saludable es uno de los objetivos fundamentales de la ecología humana y de la gerontología (39)

Los factores de riesgo para la depresión deben ser conocidos por los clínicos, porque puede que exista la posibilidad de intervenir sobre ellos para mejorar o prevenir cuadros que pueden tener un impacto pronóstico importante, de modo que la capacidad de intervenir a priori constituye un tema relevante. (40)

Ya que la presencia de depresión en ancianos disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades físicas y acorta la esperanza de vida (55). Se eleva el riesgo de muerte prematura, no sólo por el incremento posible de los suicidios, sino por aparición de enfermedades somáticas, la determinación de los factores de riesgo de depresión en el adulto mayor evitará el cuadro depresivo,

mejorando la calidad de vida, disminución de las enfermedades físicas y probablemente incremento en la esperanza de vida. (54).

Se requiere más investigación acerca de factores de riesgo y protección para la depresión en adultos mayores ya que ello puede dar la pauta para establecer áreas de intervención. Al identificar los factores asociados a la depresión que mayor predominan en ésta población se puede intervenir de manera directa sobre dichos factores. Al realizar prevención generaría importantes ahorros y liberaría recursos que podrían ser dedicados a la atención de otras necesidades de salud. (52)

Los trastornos depresivos en el Adulto Mayor siempre serán una verdadera urgencia médica y social, de ahí, la importancia de una realizar una eficaz intervención ante este dilema (42) misma que se puede realizar conociendo los factores que se le asocian a la depresión.

La consideración de la separación de las enfermedades mentales con los factores biológicos y físicos, psicológicos y sociales ha dificultado la comprensión de tales fenómenos, por lo que es menester la asociación entre ellos como parte del manejo y prevención de la depresión en el anciano. (OMS, 2001). (5) (6)

Actualmente no existen programas bien definidos para la identificación de los factores de riesgo de depresión que faciliten su prevención.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Mislay Rodríguez. García, Dra. Deisy Boris Savigne, Et al. , Algunos aspectos clinicoepidemiológicos de la depresión en la ancianidad, MEDISAN 2009; 13 (5)
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Informe de salud en el mundo. Salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS, 2003:29-30.
- 3.- Eryka del Carmen Urdapilleta-Herrera, Raúl H Sansores, Et al. , Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción, Salud Pública Méx 2010; Vol. 52 (sup 2):120-128
- 4.- Kinnunen T, Haukkala A, Korhonen T, Quiles ZN. Spiro A 3rd, Garvey AJ. Depression and smoking across 25 years of the Normative Aging Study. Int J Psychiatry Med 2006;36(4):413-426.
- 5.- Eva Martín Ruiz, Juan Máximo Molina Linde, Et al. , Análisis bibliométrico de la producción científica sobre la depresión unipolar en el periodo 2000-2005, Psicología y Salud, Vol. 20, Núm. 2: 261-272, julio-diciembre de 2010.
- 6.- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30.
- 7.- Gorman, J.M. (2006). Gender differences in depression and response to psychotropic medication. Gender Medicine, 3, 93-109.
- 8.- Link, B. y Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. Journal of Health and Social Behavior, Special Number, 80-94.
- 9.- Cortés, D. (2003). Idioms of distress, acculturation and depression: The Puerto Rican experience. En K. Chun, P. Organista y G. Marín (Eds.): Acculturation: advances in theory, measurement, and applied research (pp. 207-222). Washington, DC: American Psychological Association.
- 10.- 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2011 [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com) - Febrero-Marzo 2011
- 11.- Comisión Nacional de Población. El envejecimiento de la población en México "Transición demográfica de México". México. 2005.
- 12.- Murria CJL, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020. Global burden of disease study. Lancet 1997;349: 1498-1504.
- 13.- López Trigo J A. La depresión en el paciente anciano. Área de bienestar social, Ayuntamiento de Málaga. ESPAÑA. Geriatrionet.com 2001;3(2).

- 14 .- National Institute of Mental Health [Sede web]. Estados Unidos. 2010 ¿Cómo experimentan los ancianos la depresión? Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/c-mo-experimentan-losancianos-la-depresi-n.shtml>
- 15.- E Márquez Cardoso; S Soriano Soto; A García Hernández; MP Falcón García, Depresión en el adulto mayor: Frecuencia y factores de riesgo asociados., Atención Primaria. 2005 Oct; 36 (6):345 - 345.
- 16.- Ávila Funes J. A., Melano Carranza E., Payette H. & Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud Pública de México. 2007];(49).
- 17.- Tapia-Mejía S M, Morales-Hernández J J, Cruz-Ortega R M, De la Rosa Morales V. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. Rev Enferm IMSS 2000 ; 8 (2)
- 18.- Martínez Mendoza J. A., Martínez Ordaz V. A., Esquivel Molina C G. & Velasco Rodríguez V. M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007 :(45) 21-28.
- 19.- Ma. Dolores Díaz Palarea, Beatriz Martínez Pascual, Trastornos afectivos en el anciano, Rev. Mult. Gerontol. 2002; 12(1):19-25.
- 20.- .Mirowsky J, Ross CE. Age in depression. J Health SocBehav 1992; 33(3): 187-205.
- 21.- Mariana Belló, Esteban Puentes-Rosas , Et al., Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México, salud pública de México / vol.47, suplemento 1 de 2005.
- 22.- Robert E, Roberts PhD, George A, et al. Does Growing Old Increase the Risk for Depression?.Am J Psychiatry 1997;154(10):1384-90.
- 23.- Balkom AJLM, Beekman ATF, Beurs E, Deeg DJH, van Dyck R, van Tilburg W. Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. Acta Psychiatr Scand 2000;101:37-45
- 24.- Ormel J, Kempen GJM, Penninx BWJH, Brilman EI, Beekman ATF, Van Sonderen E. Chronic Medical Conditions and Mental Health in Older People: Disability and Psychosocial Resources Mediate Specific Mental Health Effects. Psychol Med 1997;27:1065-077.
- 25 .- Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Impairment, Disability and Handicap as Risk Factors for Depression in Old Age. The Fospel Oak Project V. Psychol Med 1997;27:311-21.



- 26.- Lee Y, Choi K, Lee YK. Association of comorbidity with depressive symptoms in community-dwelling older persons. *Gerontology* 2001;47(5):254-62.
- 27.- Kiosses DN, Klimstra S, Murphy C, Alexopoulos GS. Executive dysfunction and disability in elderly patients with major depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9(3):269-74.
- 28.- Ambo H, Meguro K, Ishizaki J, et al. Depressive symptoms and associated factors in a cognitively normal elderly population: the Tajiri Project. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16(8):780-8.
- 29.- De Beurs E, Beekman AT, Deeg DJ, Van Dyck R, Van Tilburg W. Predictors of change in anxiety symptoms of older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Psychol Med* 2000; 30(3):515-27.
- 30.- Stordal E, Bjartveit M, Dahl NH, Kruger O, Mykletun A, Dahlaa. Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trondelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatr Scand* 2000;104(3):210- 6.
- 31.- Mirowsky J, Ross CE. Age and the effect of economic hardship on depression. *J Health Soc Behav* 2001; 42(2):132-50.
- 32.- Gonzalez HM, Haan MN, Hinton L. Acculturation and the prevalence of depression in older Mexican Americans: baseline results of the Sacramento Area Latino Study on Aging. *J Am Geriatr. Soc.* 2001;49 (7):948-53.
- 33.- Kraaij V, De Wilde EJ. Negative life events and depressive symptoms in the elderly: a life span perspective. *Aging Ment Health* 2001;5(1):84-91.
- 34.- McInnis GJ, White JH. A phenomenological exploration of loneliness in the older adult. *Arch Psychiatr Nurs* 2001;15(3):128-39.
- 35.- Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Carolina Meléndez Merchán, Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento, *Pensamiento Psicológico*, vol. 7, No 14, 2010, pp. 63-72.
- 36.- Campo, A. (2007). Curso y pronóstico de la depresión en ancianos. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.
- 37.- Pilar Guallar-Castillón, María del Mar Magariños-Losada, Et al. , Prevalencia de depresión, y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España, *Rev. Esp. Cardiol.* 2006;59: 770-8. - Vol.59 Núm 08.
- 38.- Rosa María Castillo-Manzano, Gloria Arankowsky-Sandoval, Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles, *Rev. Biomed.* 2008; 19:128-136.

- 39.- Lluvia Karina Wilson-Escalante, Et al., Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio exploratorio, Rev Fac Med UNAM Vol. 52 No. 6 Noviembre-Diciembre, 2009.
- 40.- Martínez Hernández O. Depresión en el adulto mayor. Revista Médica Electrónica 2007;29 (5).
- 41.- Miranda Fernández-Santos. Depresión en el anciano. Med Gen. 2002;40(2): 28-31.
- 42.- Reinaldo Enrique Villarreal Casate, Maribel Costafreda Vázquez, Caracterización de los ancianos con trastornos depresivos, MEDISAN 2010; 14(7):917 – 925.
- 43.- Pérez Cárdenas C, Infante Román N. La viudez: algunas vivencias en la etapa de disolución familiar. Rev. Cubana Med. Gen Integr 2005; 21(3).
- 44.- Ana Luisa Sosa Ortiz. Héctor González Alvarado. Depresión en el anciano, Hospital Español de México. Tópicos de gerontología UNAM 1998.
- 45.- Centurion Laura, Aparicio Vizuet Aranzazu, Et al. , Asociacion entre riesgo de desnutricion y capacidad afectiva en personas de edad avanzada institucionalizadas de la Comunidad de Madrid, Nutr. clin. diet. hosp. 2010; 30(2):33-41.
- 46.- German I, Feldblum I, Bilenko n, Castel H, Harman-Boehm I, Sahar DR. Depressive symptoms and risk for malnutrition among hospitalized elderly people. J Nutr Health Aging 2008;12(5):313-8.
- 47.- Aparicio Vizuet Aranzazu, Navia Lomban Beatriz, Et al., Ingesta de macronutrientes y perfil calórico como condicionantes dietéticos de depresión en ancianos, Nutr. clin. diet. hosp. 2009; 29(2):24-30.
- 48.- Donini LM, Savina C, Cannella C. Eating habits and appetite control in the elderly: the anorexia of aging. Int Psychogeriatr 2003;15(1):73-87.
- 49.- Huffman GB. Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. Am Fam Physician 2002;65(4):640-50.
- 50.- Martin G. Cole; Nandini Dendukuri. Factores de riesgo para la depresión entre sujetos ancianos: Una revisión sistemática y un meta-análisis. (Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis.) American Journal of Psychiatry. 2003 Jun;160(6):1147-1156.
- 51.- Burrows, AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Philips C. Development of a Minimum Data Set-Based Depression Rating Scale for Use in Nursing Homes. Age and Ageing 2000;29:165-72.

- 52.- Cosme Alvarado-Esquivel, Ana Berthina Hernández Alvarado, Et al. La prevalencia de depresión en alumnos de la Escuela de la Tercera Edad es más alta que en residentes de hogares de ancianos, *Salud Pública Méx* 2004; Vol. 46(3):193-201, *Salud Pública Méx.* 1999; Vol. 41(3):189-202.
- 53.- Henderson AS, Korten E, Jacomb PA, et al. The Course of Depression in the Elderly: a Longitudinal Community-based Study in Australia. *Psychol Med* 1997;27:119-29.
- 54.- Pulska T, Pahkala K, Laippala P, Kivelä SL. Major Depression as a Predictor of Premature Deaths in Elderly People in Finland: a Community Study. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97:408-11.
- 55.- Monforte JA, Fernández C, Díez J, Toranzo I, Alonso MM, Franco MA. Prevalencia de la Depresión en el Anciano que Vive en Residencias. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1998;33:13-20.
- 56.- Zamarrón MD. Satisfacción con la Vida en Personas Mayores que viven en sus Domicilios y en Residencias, Factores Determinantes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35(S2):17-29.
- 57.- Alonso, F.F. (1996). La estrategia preventiva ante la depresión. (En línea). disponible <http://www.biopsicologia.net>
- 58.- Pacheco, L.J. (2006) ¿Cuál son las causas de la depresión - juego de los factores un papel en la depresión? Consultado en: <http://www.depression-guide.com/lang/es/depression-causes.htm>, el 03 de mayo del 2008.
- 59.- Glass RM. Awareness about depresión: Important for all physicians. *JAMA* 2003;293:3169-70.
- 60.- Zhang Z, Hayward MD. Childlessness and the psychological well-being of older persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001;56(5):S311-20.
- 61.- Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento de las Naciones Unidas. Madrid, abril 2002. , *Acta Med Per* 26(1) 2009.
- 62.- Campos, J; Ardanaz, J; Navarro, A , Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos: un centro sociosanitario y un programa de soporte domiciliario, *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004;39:232-9. - vol.39 núm 04.
- 63.- John Snowdon, How high is the prevalence of depression in old age? Qual é a prevalência de depressão na terceira idade? *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24 (Supl I) :42-7
- 64.- Marcos Castro Lizárraga, Serafín Ramírez Zamora, Et al. , Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor, *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.* 2006; 39(4): Oct.-Dic: 132-137

- 65.- Rafael Tuesca-Molina , Norma Fierro Herrera, Et al. , Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Baranquilla, Colombia, Rev. Esp. Salud Pública 2003; 77: 595-604.
- 66.- O'Connell H, Chin A, Cunningham C y Lawlor BA, Descubrimientos Recientes. Suicidio en Ancianos, BMJ 329(7471):895-899, Oct 2004
- 67.- Juan Román Urbina Torija, José Miguel Flores Mayor, Et al., Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados., Gac Sanit. 2007; 21(1):37-42
- 68.- Ernesto Cruz Menor, Yunit Hernández Rodríguez, et al. Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad, Rev. Ciencias Médicas. Agosto 2008; 12(2)
- 69.- M.A. Zavala-González; G. Domínguez-Sosa. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. Psicogeriatría. 2010 Mar; 2(1):41-48.
- 70.- Jesús Alfonso Martínez – Mendoza, et al., Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 21-28.
- 71.- Consejo Nacional de Población. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx//00cifras/5.htm>.
- 72.- Bojorquez letza – Chapela, et al. Síntomas depresivos en adultos mayores pobres de México: prevalencia y factores asociados. Rev Panam Salud Pública. 2009, vol.26, n.1, pp. 70-77.
- 73.- Montes de Oca García DD, Bravo AJ, Díaz Medina C. Influencia del círculo de abuelos en la evolución de las enfermedades articulares. Rev Cubana Enfermer 2004; 20(3).
- 74.- Organização Mundial de Saúde OMS. Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 75.- Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. Lancet 1997, 349:1498-1504
- 76.- Departamento de Informática y archivo del HGZ No. 1. Y Delegación IMSS de Aguascalientes.
- 77.- Hall Ramírez V. Depresión: Fisiopatología y tratamiento. Serie de actualización profesional 2003, Universidad de Costa Rica.
- 78.- [www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php/](http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/). (Consultada en Abril 2011).

- 79.- K Dictionaries Ltd. 2009.
- 80.- 2011 quequieredecir.org - Diccionario online con significado de palabras.
- 81.- Norma oficial mexicana NOM-167-SSA-1997 (<http://www.ssa.gob.mx> ).
- 82.- .American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4<sup>a</sup> ed.Washington, DC:American Psychiatric Association; 1995.
- 83.- Díaz, M., Martínez, B. y Calvo, F. (2002). Trastornos afectivos en el anciano. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 12, 19-25.
- 84.- Vallejo, J. (1998). Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Barcelona: Masson S.A.
- 85.- Rosales J. et al, Prevalencia de episodio depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México. Rev Esp Medico Quirúrgicas 2005; Vol 10. Num 1, pp 25 – 36.
- 86.- Calderón Narváez G. Depresión Causas, manifestaciones y tratamiento, 1985, 1<sup>a</sup> reimpresión, editorial Trillas.
- 87.- Chinchilla Moreno A. Abordaje práctico de la depresión en atención primaria. 2004, Editorial Masson.
- 88.- López C A. Genética de la depresión, <http://www.psiquiatriabiologica.org>, 1998.
- 89.- Kaplan H. Sadock B. Sinopsis de psiquiatría, Ed Panamericana, 8<sup>a</sup> edición, 2001.
- 90.- Moreno J. Et al. El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido. Primera parte. Salud Mental. Vol. 28, No. 6, 2005, pp 20-26.
- 91.- Benítez-King G. Melatonina: del conocimiento básico a la aplicación clínica en psiquiatría. Salud Mental 1999, Número especial. 57 – 61.
- 92.- Sadek N y cols. Actualización en neurobiología de la depresión, Revista de psiquiatría de Uruguay. 2000. Vol 64 (3), 462 – 485.
- 93.-Cano M. Et al. Efecto de la privación total del sueño sobre el estado de ánimo deprimido y su relación con los cambios en la activación autoinformada., Salud Mental , Vol 24, No. 4, 2001, pp41 – 49.
- 94.- Zandío M y cols. Neurología de la depresión. Anales Sis San Navarra 2002: 25: 43 -62.
- 95.- Belloch A. Sandin B. Ramos F. Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas, Vol 2 , pp 341 – 378, Ed. McGraw-Hill. 1995.
- 96.- Real Academia de la Lengua, Diccionario de la lengua Española, 22<sup>a</sup> Ed, Editorial Espasa Calpe, 2001.
- 97.- DSM IV – TR



- 98.- Jurado S. Et al. La estandarización del Inventario de Beck para los residentes de la Ciudad de México, Salud Mental, Vol 21, fascículo 3, 1998.
- 99.- Hales R. Yudofsky S, Valdes M. Fundamentos de Psiquiatría Clínica, 2ª Edición, Ed. Elsevier, 2006.
- 100.- Cruz Jentolt AJ (1991). «El índice de Katz». Rev. Española de Geriatria y Gerontología, 26, (5), 338-348.
- 101.- EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
- 102.- [www.wikipedia.org/wiki/Inventario\\_de\\_Depresión\\_de\\_Beck](http://www.wikipedia.org/wiki/Inventario_de_Depresión_de_Beck).
- 103.- Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-16.
- 104.- Medicina de Familia (And) Vol. 6, N.º 1, abril 2005.
- 105.- Psicodebate 7. Psicología. Cultura y Sociedad. CIIPME – CONICET – Argentina.
- 106.- Valderrama E, Pérez del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. Rev Esp Geriatr Gerontol, 1.997; 32(5): 297-306.
107. - Ministerio de Salud / Instituto Nacional de Geriatria. Evaluación funcional de adulto mayor. Proyecto FONDEF, Santiago de Chile. 2003.
- 108.- Williams ME, Williams TF: Assessment of the elderly for long-term care. JAGS 1982; 30: 71.
- 109.- Forcica M, Lavizzo - Mourey R. Secretos de la geriatría. Mexico: Ed. McGraw-Hill Interamericana.1996.
- 110.- Olivares P, Ibañez C, Miranda V, Gillmore M. Dependencia de los Adultos mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud, Departamento de Economía de la Salud-MINSAL, División de Planificación Regional de MIDEPLAN. Marzo 2008.
- 111.- Horgas A, Wilms H y Baltés M. Daily life in very old age. Everiday activities as expression of successful aging. The Gerontologist, 38 (5): 556-567. 1998.
- 112.- Tong A y Man D. The validation of teh Hong Kong Chinese versión of the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale for instutionalized elderly persons. OTJR. 22(4), 132-142. 2002.
- 113.- Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-16.
- 114.- Dulce María Romero Ayuso, Actividades de la vida diaria anales de psicología 2007, vol. 23, nº 2 (diciembre), 264-271.

115.- Pérez-García, A.M. (1999) Personalidad, afrontamiento y apoyo social. UNED-FUE 1999. Madrid.

116.- Publicación de hojas informativas de los psicólogos de Las Palmas, No. 53, época II, Febrero 2003.

117.- Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, Macera CA, Castaneda-Sceppa C. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007; 39: 1435-45.

118.- Bassey EJ. The benefits of exercise for the health of older people. *Rev Clin Gerontol* 2000; 10: 17-31.

119.- Mendoza-Núñez VM, Sánchez-Rodríguez MA, Correa-Muñoz E. Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario. México: FES «ZARAGOZA», UNAM, 2008.

120.- Strawbridge WJ, Deleger S, Roberts RE, Kaplan GA. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *Am J Epidemiol* 2002; 156: 328-34.

121.- Tuesca-Molina R, Fierro Herrera N, Molineros Sosa A, Oviedo Martínez F, Polo Arjona Y, Polo Cueto J, Sierra Manrique I. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia. *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77: 595-604.

122.- Luis M. Gutiérrez Robledo, "Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de la población envejecida en México" Eds. SOMEDE, CRIM, UNAM, 1998.

123.- Aspectos demográficos de México, publicado el agosto 4, 2008, <http://rubengarcia.wordpress.com/2008/08/04/aspectos-demograficos-de-mexico/>.

124.- Carlos Gómez-Restrepo, Adriana Bohórquez, Et al., Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana, Volume 16 (6) | December 31, 2004 | page(s) 378-386.

125.- World Health Organization (2005). Depression. What is depression? Disponible en línea: [http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567\\_6741.htm](http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567_6741.htm) (Extraído el 10 de febrero de 2006).

126.- Lenore Kurlowicz, PhD, RN, CS, FAAN, University of Pennsylvania School of Nursing y Sherry A. Greenberg, MSN, GNP-BC, Hartford Institute for Geriatric Nursing, NYU College of Nursing, La escala de depresión geriátrica (GDS, por



sus siglas en inglés), Prácticas de excelencia en los cuidados de enfermería de adultos mayores, Número 4, Revisado 2007.

127.- Fredy Alonso Patiño Villada, Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Trabajo de investigación para optar al título de Magíster. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Medellín, Colombia. 2006.

128.- Ponce R. Efrén. Et Al. Temas de interés "Tamaño de la muestra para proporciones con poblaciones mayores a diez mil elementos", Atención Familiar. 2007; 14 (2):44 -53.

129.- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997.

130.- [www.wikipedia.org/wiki/Afectividad](http://www.wikipedia.org/wiki/Afectividad), consultada 10 Junio 2011.

131.- [www.definicionabc.com](http://www.definicionabc.com), consultada 10 Junio 2011.

132.- <http://es.thefreedictionary.com>, consultada 10 Junio 2011.



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

**ANEXO A OPERALIZACION DE LAS VARIABLES**

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA ORDINAL
<b>ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA:</b> Mantenimiento personal en términos de supervivencia física Dependencia funcional: Declive en la capacidad de ejecutar una o más de las actividades de la vida diaria.	<b>ACTIVIDADES DE HIGIENE</b>	<b>BAÑARSE:</b> Meter el cuerpo o parte de él en agua u otro liquido, con la finalidad de asearse	1 con tres oraciones de respuesta con valores del 1 a 3	6 - 9= INDEPENDIENTE 10 - 13= REQUIERE ASITNECIA Leve: cuando necesita ayuda en una actividad instrumental 14 - 18= DEPENDIENTE severa: cuando necesitaba ayuda en dos o más.
		<b>VESTIRSE:</b> Cubrir el cuerpo de una persona con ropa	2 con tres oraciones de respuesta con valores del 1 a 3	
		<b>USAR EL RETRETE:</b> Capacidad para separar la defecación u orina para su desecho adecuado.	5 con tres oraciones de respuesta con valores del 1 a 3	
	<b>ACTIVIDADES FISIOLÓGICAS</b>	<b>ALIMENTACIÓN:</b> Obtención, preparación e ingestión de alimentos.	3 con tres oraciones de respuesta con valores del 1 a 3	
		<b>CONTINENCIA:</b> Facultad para retener las heces y la orina.	4 con tres oraciones de respuesta con valores del 1 a 3	
	<b>ACTIVIDAD MOTRIZ</b>	<b>MOVILIDAD:</b> capacidad para moverse de un lado a otro	6 con tres oraciones de respuesta con valores del 1 a 3	

**OPERALIZACION DE LAS VARIABLES**

DEFINICION	DIMENSIONES	VARIABLES	ITEM	ESCALA ORDINAL
<b>ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA:</b> Mantenimiento personal en términos de la supervivencia cultura y trabajo.	<b>ACTIVIDADES EN EL HOGAR</b>	<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:</b> Conjunto de recursos y actitudes que tiene un individuo para desempeñar una tarea.	1 con tres oraciones de respuesta con valores del 1 a 3	8 – 13 = INDEPENDIENTE  14 – 18 = REQUIERE ASITNECIA Leve: cuando necesitaba ayuda en una actividad de la vida diaria Moderada: cuando la ayuda era para dos actividades de la vida diaria.  19 – 24 = DEPENDIENTE Severa: cuando la ayuda era para tres o más actividades de la vida diaria.
		<b>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:</b> Procedimiento donde se administra un medicamento garantizando la seguridad del paciente.	7 con tres oraciones de respuesta con valores del 1 a 3	
		<b>PREPARACIÓN DE LA COMIDA:</b> Capacidad para la elaboración del alimento	3 con tres oraciones de respuesta con valores del 1 a 3	
		<b>CUIDADO DE LA CASA:</b>	4 con tres oraciones de respuesta con valores del 1 a 3	
		<b>LAVADO DE ROPA:</b>	5 con tres oraciones de respuesta con valores del 1 a 3	
	<b>ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD</b>	<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:</b> Capacidad para traslado de personas o bienes de un lugar a otro.	6 con tres oraciones de respuesta con valores del 1 a 3	
		<b>HACER COMPRAS:</b> La capacidad de adquisición u obtención de algo a cambio de un precio.	2 con tres oraciones de respuesta con valores del 1 a 3	
		<b>MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:</b> Capacidad para realizar transacciones monetarias.	8 con tres oraciones de respuesta con valores del 1 a 3	

**OPERALIZACION DE LAS VARIABLES**

VARIABLE	DIMENCIONES	INDICADORES	ITEM	ESCALA ORDINAL
<p><b>Concepto de Apoyo Social:</b> aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querido a amado (Hobfoll y Stoke, 1988).</p> <p><b>Definición de Apoyo Social:</b> es el grado en que los individuos tienen acceso a recursos sociales básicas (aprobación, estima, ayuda, etc.)... a través de su interacción con otros individuos.</p>	<p><b>Apoyo emocional:</b> se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Pueden asumir distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afecto.</p>	<p>Afectos. Compañía. Empatía. Reconocimiento Escuchar. Cariño.</p>	<p>3 Y4, 6- 9 11, 13 al 16 26.</p>	<p>Escala ordinal. Alto: 60 Media:36 Baja: 12</p>
	<p><b>Apoyo instrumental:</b> Tipo de apoyo que se emite a través de conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita como en los bienes y servicios. Pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.</p>	<p>Cuidado. Acompañamiento. Trasporte. Labores del hogar.</p>	<p>2 3 10 12 25</p>	<p>Escala ordinal. Alto: 25 Medio:15 Bajo: 5</p>
	<p><b>Apoyo informativo:</b> Se refiere al intercambio de experiencias, la transmisión de información (significado), los consejos que permiten entender una situación.</p>	<p>Intercambio de experiencias. Información. Consejos.</p>	<p>17 18 19</p>	<p>Escala ordinal. Alto: 15 Medio: 9 Bajo:3</p>
	<p><b>Apoyo material:</b> Implican un flujo de recursos monetarios (dinero en efectivo, sea como aporte regular o no, remesas, regalos y otros) y no monetarios, bajo diversas formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios y otros).</p>	<p>Monetarios. Dinero. Remesas. Regalos. No monetarios. Alojamiento. Comida Ropa. Pago de servicios.</p>	<p>20 21 22 23 24</p>	<p>Escala ordinal. Alto: 25 Medio: 15 Bajo: 5</p>

OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENCIONES	ITEM	VARIABLE	ESCALA
Depresión	Concepto de Depresión: Presencia del estado de ánimo caracterizado por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día.	Irritabilidad: es la capacidad que tienen los seres vivos de responder ante estímulos que lesionan su bienestar o estado. (130)	5,7,	Cualitativa ordinal	Escala ordinal. 0-4: Normal. 5-8: Depresión leve. 9-11: Depresión moderada 12-15: Depresión severa.
		Pensamientos angustiosos: idea de estado afectivo de carácter penoso: Sufrimiento y preocupación intensos provocados por un peligro o una amenaza. (130, 132)	13, 14	Cualitativa ordinal	Escala ordinal. 0-4: Normal. 5-8: Depresión leve. 9-11: Depresión moderada 12-15: Depresión severa.
		Afecto: El afecto es la acción a través de la cual un ser humano le profesa su amor a otro ser humano.(131)	3	Cualitativa ordinal	Escala ordinal. 0-4: Normal. 5-8: Depresión leve. 9-11: Depresión moderada 12-15: Depresión severa.
		Aislamiento: denominado marginación o exclusión social. (130)	8	Cualitativa ordinal	Escala ordinal. 0-4: Normal. 5-8: Depresión leve. 9-11: Depresión moderada 12-15: Depresión severa..
		Inactividad: situación caracterizada por la falta de acción o de actividad.(132)	2, 4, 9, 12, 13	Cualitativa ordinal	0-4: Normal. 5-8: Depresión leve. 9-11: Depresión moderada 12-15: Depresión severa.
		Juicios negativos: ver y a juzgar las cosas en su peor aspecto. (132)	1, 6,10, 11, 15	Cualitativa ordinal	0-4: Normal. 5-8: Depresión leve. 9-11: Depresión moderada 12-15: Depresión severa.

**ANEXO B INSTRUMENTOS**  
**INSTRUMENTO DE EVALUACION**  
**FICHA DE IDENTIFICACION**

Instrucciones:

Marcar con una tacha la respuesta que refiera el paciente a cada pregunta, donde se encuentren respuestas de opción, y escribir el dato referido por el paciente en las preguntas abiertas.

Folio o # Encuesta		1.- Iniciales									
		Nombre									
2.- Domicilio						3.- Afiliación					
4.- Edad	1	60 a 70 años	2	71 a 80 años	3	81 años o mas					
5.- Sexo	1	femenino	2	masculino							
6.- Edo. Civil	1	Soltero(a)	2	Casado(a)	3	Viudo(a)	4	Divorciado (a)	5	Unión libre	
7.- Grado Escolar	1	analfabeta	2	Básico (primaria, secundaria, preparatoria, técnico)	3	Posbásico (licenciatura, maestría, doctorado)					
8.- Estado económico	1	Depende económicamente de familiares				2	Económicamente independiente				
9.- Grado de Actividad Física	1	Ejercita cardiovascular (ciclismo, natación, caminata, correr, futbol, basquetbol, cachi bol, beisbol) por lo menos 30 minutos cada 3er día. NO SEDENTARIO			2	Ejercita cardiovascular (ciclismo, natación, caminata, correr, futbol, basquetbol, cachi bol, beisbol) por lo menos 30 minutos pero menos de 3 veces por semana o menos de 30 minutos o hace ejercicio no cardiovascular efectivo o no hace nada. SEDENTARIO					
10.- Actividad Actual Ocupacional	1	Tiene un empleo fijo o un comercio estable EMPLEADO				2	Empleo esporádico, comercio informal espontaneo o no se emplea. DESEMPLEADO				
11.- Grado de Padecimientos Comórbidos	1	Solo su enfermedad psiquiátrica SIN COMÓRBIDOS			2	Además padece una o más patologías agregadas (especifique) _____ _____ CON COMORBIDOS					
12.- Grado de Polifarmacia	1	Solo su medicamento específico psiquiátrico SIN POLIFARMACIA				2	más de 2 medicamentos extra de su tratamiento psiquiátrico CON POLIFARMACIA				
13.- Turno de Atención Medica	1	TM				2	TV				
14.- Tipo de Derechohabienencia	1	Trabajador	2	Padre o madre	3	Abuelo(a)	4	Pensionado (a)	5	Espos a(o)	
15.- Tiempo de Derechohabienencia											
16.- Cronicidad del Padecimiento Psiquiátrico											



INSTRUMENTO DE EVALUACION  
MOS DE APOYO SOCIAL

Instrucciones:

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos y/o familiares cercanos tiene usted?

(Personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos íntimos \_\_\_\_\_ y familiares cercanos \_\_\_\_\_

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de las veces	Siempre
2.-Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3.- Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4.- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6.- Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7.- Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8.- Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9.- Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5

INSTRUMENTO DE EVALUACION  
MOS DE APOYO SOCIAL

	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de las veces	Siempre
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social.  
El resto de los ítems conforman cuatro escalas que miden:

	APOYO ALTO	APOYO MODERADO	APOYO BAJO
Apoyo emocional ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16,17 y 19	30 A 40	19 A 29	8 A 18
Ayuda material o instrumental ítems 2, 3,12 y 15	16 A 20	10 A 15	4 A 9
Relaciones sociales de ocio y distracción ítems 7, 11,14 y 18	16 A 20	10 A 15	4 A 9
Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño ítems 6,10 y 20	11 A 15	7 A 10	3 A 6
índice global de apoyo social	69 A 94	44 A 68	19 A 43

INSTRUMENTO DE EVALUACION  
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Instrucciones:

Marcar con una tacha la respuesta que refiera el paciente a cada pregunta, donde se encuentren respuestas de opción.

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)		
INDICE DE KATZ		
ACTIVIDAD	GUIA PARA EVALUACION	
1.- BANARSE	1	Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda.
	2	Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera.
	3	Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.
2.- VESTIRSE	1	Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye el atarse los zapatos.
	2	Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido.
	3	Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.
3.- USAR EL INODORO	1	Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo en la noche.
	2	Recibe ayuda para acceder al y usar el baño; usa orinal regularmente
	3	Completamente incapaz de usar el baño.
4.- MOVILIDAD	1	Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica
	2	Necesita ayuda humana o mecánica
	3	Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.
5.- CONTINENCIA	1	Micción/defecación autocontrolados
	2	Incontinencia fecal/urinaria parcial o total o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales.
	3	usa catéter o colostomía.
6.- ALIMENTARSE	1	Capaz de alimentarse completamente a si mismo
	2	Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc.
	3	Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.
TOTAL		

INDICE DE KATZ	INDEPENDIENTE	REQUIERE ASISTENCIA	DEPENDIENTE
ESCALA ABVD	6 - 9	10 - 13	14 - 18

INSTRUMENTO DE EVALUACION  
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Instrucciones: Marcar con una tacha la respuesta que refiera el paciente a cada pregunta, donde se encuentren respuestas de opción.

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)	
ESCALA DE LAWTON Y BRODY	
ACTIVIDAD	GUÍA PARA EVALUACIÓN
1.- CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	1 Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada.
	2 Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números.
	3 Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.
2.- IR DE COMPRAS	1 Realiza todas las compras con independencia
	2 Necesita compañía para realizar cualquier compra.
	3 Totalmente incapaz de ir de compras.
3.- PREPARACION DE LA COMIDA	1 Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia
	2 Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda.
	3 Necesita que le preparen y sirvan las comidas.
4.- CUIDAR LA CASA	1 Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)
	2 Necesita ayuda en las tareas de la casa
	3 No participa en ninguna tarea doméstica
5.- LAVADO DE ROPA	1 Realiza completamente el lavado de ropa personal
	2 Lava ropa pequeña
	3 Necesita que otro se ocupe del lavado
6.- USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	1 Viaja con independencia en trasportes públicos o conduce su propio auto.
	2 Solo viaja si lo acompaña alguien.
	3 No puede viajar en absoluto.
7.- CONTROL DE SUS MEDICAMENTOS	1 Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta.
	2 Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis.
	3 Incapaz de administrarse su medicación.
8.- MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS TOTAL	1 Maneja los asuntos económicos con independencia.
	2 Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etc.
	3 Incapaz de manejar su dinero.

ESCALA LAWTON BRODY	DE Y	INDEPENDIENTE	REQUIERE ASISTENCIA	DEPENDIENTE
ESCALA AIVD		8 - 13	14 - 18	19 - 24



Instrumento Escala de depresión Geriátrica de Yesavage

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE	SIN DEPRESIÓN	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
ESCALA	0 -4	5 - 8	9 – 11	12 - 15

**ANEXO C**  
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado paciente:

La Delegación Aguascalientes está realizando un proyecto de investigación con el título "Factores asociados a la depresión en el adulto mayor que acude al servicio de psiquiatría del HGZ No. 1 del IMSS de Aguascalientes"

Los Factores asociados a la depresión en el adulto mayor son múltiples, cuando éstos no son identificados, se ocasiona una disminución en la calidad de vida.

El objetivo del proyecto es determinar los Factores asociados a la depresión en pacientes ya diagnosticados y que acuden de forma regular a la consulta de psiquiatría en el HGZ No. 1 de Aguascalientes

Por tal motivo solicitamos a usted su autorización para realizar una serie de preguntas sobre los factores que le llevaron a la depresión.

Este será completamente anónimo, no requerimos de su nombre o número de seguridad social.

Usted y su familia tendrán la libertad de aceptar o no de manera voluntaria a participar en el presente estudio.

Usted recibe la garantía de que las respuestas a la entrevista son completamente confidenciales y no se darán a conocer al público en general.

El investigador principal se compromete a responder cualquier pregunta y aclarar dudas relacionadas con el presente proyecto.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del proyecto de investigación en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se derivan de este proyecto de investigación y que los datos obtenidos serán manejados de manera anónima y confidencial.

Dr. Salvador Ricardo Barba Rivera  
Cel. 449 137 30 88.

Responsable del Proyecto

\_\_\_\_\_

Testigo

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_

Testigo

\_\_\_\_\_



ANEXO D

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACION ABRIL- JULIO 2011**

ACTIVIDADES	1 a S E M A B R	2 a S E M B R	3 a S E M B R	4 a S E M B R I	1 a S E M A B R Y	2 a S E M B R Y	3 a S E M B R Y	4 a S E M B R Y	1 a S E M B R Y U N	2 a S E M B R Y U N	3 a S E M B R Y U N	4 a S E M B R Y U N I	1 a S E M B R Y U L I O	2 a S E M B R Y U L I O	3 a S E M B R Y U L I O	4 a S E M B R Y U L I O
Acopio de Bibliografía.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Revisión de literatura.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Hacer Planteamiento.		X														
Revisión de Planteamiento		X														
Hacer Marco Teórico y Conceptual			X													
Revisión de Marco Teórico y Conceptual			X													
Diseño y Revisión Protocolo				X	X											
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.						X										
Aprobación de Protocolo						X	X									
Trabajo de Campo, aplicación de encuestas.								X	X	X						
Acopio y Captura de Datos.											X	X				
Análisis e Interpretación de Resultados													X			
Hacer Discusiones y Conclusiones.													X			
Revisión de la investigación													X			
Autorización.														X		
Elaboración de tesis.														X		
Difusión de resultados.															X	X

**ANEXO E**

**PLAN PRESUPUESTAL**

**Hoja de Gastos**

En el plan de trabajo de este estudio, participo 1 médico residente de Medicina Familiar encargado del proyecto de investigación, el cual se encargó de entregar y recoger personalmente los cuestionarios a los participantes, realizar las encuestas de los pacientes, mediante el cuestionario de causas de depresión en el adulto mayor con visitas al HGZ 1 en ambos turnos para la recolección de datos

**PRESUPUESTO**

Concepto de Gastos	Importe	Fecha probable de aplicación
Capítulo I.- Recursos Humanos		
Asesor e investigador	\$ 0.0	
Capítulo II.- Recursos Materiales		
Fotocopiado de encuestas y cartas de consentimiento informado.	\$ 400.00	Abril – Mayo del 2011
Lapiceros, plumas, gomas, hojas, engrapadora, carpetas.	\$ 200.00	Abril - Junio del 2011
Tinta de impresora	\$ 800.00	Julio 2011
Computadora		Abril –Julio 2011
Imprevistos	\$ 500.00	
Total	\$ 1900.00	
Capítulo III.- Recursos Económicos		
Saldo para solventar gastos totales.	\$ 2000	