



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE 60 A 80
AÑOS EN LA UMF No 45 DEL IMSS, EN SAN LUIS POTOSI

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ANA MARIA GONZALEZ NAVA

SAN LUIS POTOSI, S. L. P.

2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

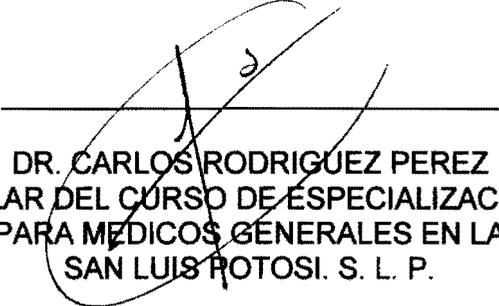
FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE 60 A 80
AÑOS EN LA U.M.F No. 45 DEL IMSS, EN SAN LUIS POTOSI

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

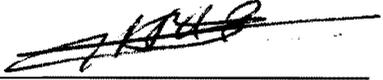
PRESENTA:

ANA MARIA GONZALEZ NAVA

AUTORIZACIONES:



DR. CARLOS RODRIGUEZ PEREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA U.M.F. 45
SAN LUIS POTOSI. S. L. P.



M.C. DR. HECTOR DE JESUS ANDRADE RODRIGUEZ
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
MEDICO FAMILIAR U.M.F. 45, SAN LUIS POTOSI. S.L.P.



DRA. LOURDES VELASCO ROJAS
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR U.M.F 47, SAN LUIS POTOSI. S.L.P



DR. FERNANDO VELASCO CHAVEZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 45

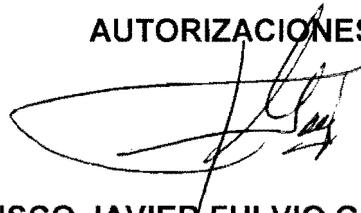
**FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE 60 A
80 AÑOS EN LA UMF N° 45 DEL IMSS, EN SAN LUIS POTOSÍ**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

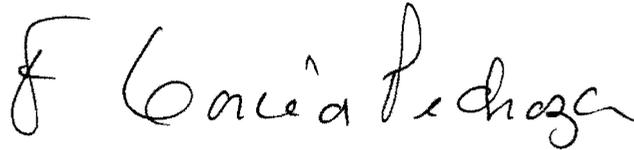
PRESENTA

DRA. ANA MARIA GONZALEZ NAVA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACIÓN	15
OBJETIVOS	18
MATERIAL Y MÉTODOS	19
<i>CRITERIOS DE SELECCIÓN</i>	20
<i>OPERACIONABILIZACIÓN DE VARIABLES.</i>	21
<i>UNIVERSO DE TRABAJO</i>	23
<i>ANÁLISIS ESTADÍSTICOS</i>	24
<i>DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES</i>	25
RESULTADOS	26
DISCUSION	27
BIBLIOGRAFIA	29
ANEXO 1	32
ANEXO 2	33
ANEXO 3 GRAFICAS	34-39

INTRODUCCIÓN

La segunda mitad del siglo XX fue testigo de un sorprendente crecimiento de la población del mundo, la cual, a la par del descenso de la fecundidad en los países desarrollados y otras regiones del orbe ha propiciado un incremento absoluto en la población total de 60 años o más ¹.

La Organización de las Naciones Unidas planteo en el 2000 que la depresión en adultos mayores ascendía a 600, 000,000 de personas. Según sus pronósticos este grupo aumentara para el 2025 a 1100 000, 000. aunado a lo anterior también se reconoce que la calidad y la esperanza de vida ha aumentado en todos los países, por lo que el garantizar una vida digna y saludable a los ancianos se ha convertido en preocupación latente en los gobiernos del mundo y por ende representan un desafío para los servicios de salud ².

Siendo cada vez mayor el número de personas ancianas en el mundo es comprensible que la depresión en las mismas sea un problema cuya frecuencia está aumentando, afectando cerca del 15% de la población con más de 60 años. Varios factores pueden explicar este incremento, como son el porcentaje de la misma. A pesar del hecho de que la depresión es común en cualquier edad, en la adultez mayor se presentan un sinnúmero de factores que pueden incrementarla van desde los psicológicos y sociales hasta los físicos ³.

La depresión en la vejez puede deberse a episodios recurrentes que se iniciaron precozmente en la vida, una continuación de depresión crónica que se manifiesta tempranamente, o episodios originados después de los 60 años. De esta manera es posible encontrar tipos de depresión entre los ancianos, como son: depresión bipolar, depresión severa crónica, disturbo

de ajuste con humor depresivo y depresión severa. Todos en episodios únicos o recurrentes ³.

La depresión en adultos mayores constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales. Los factores psicosociales (dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de seres queridos, etc) juegan un papel más importante en su etiopatogenia que en edades más jóvenes. Además, los cambios biológicos propios del envejecimiento, la presencia de déficits cognitivos, la coexistencia de otros problemas médicos y el uso de múltiples medicaciones, hace a los ancianos más vulnerables para presentar sintomatología depresiva ⁴.

La depresión en adultos mayores tiene características típicas que la diferencian. En esta edad predominan síntomas como la inhibición psicomotriz, la ambivalencia, la tristeza, el llanto, la angustia corporal, el aislamiento social, la desesperanza y la abulia; y cuando ésta se agrava en el adulto mayor se puede presentar una sensación de vacío interno, una profunda pena o dolor anímico, e incluso surgir un negativismo extremo, la anorexia, los autorreproches, los sentimientos de inferioridad y culpa se agravan conduciendo a las ideas o intentos de suicidio, delirios hipocondríacos, de persecución, así como alucinaciones visuales o auditivas ⁵.

Así pues, siendo la depresión en la tercera edad un padecimiento, que si bien no es físico, puede tener repercusiones de esa índole que se presentan de forma muy recurrente, se considera pertinente el estar informado de este problema en nuestro centro de trabajo, para con ello conocer un poco más esta realidad.

MARCO TEÓRICO

La depresión representa el trastorno mental más común y a pesar de ello su delimitación conceptual ha sufrido muchos cambios a través de la historia. No obstante, aún no hay criterios bien definidos acerca de la misma, pero si se cuentan con parámetros que nos ayudan a entenderla ⁶.

A Emil Kraepelin se le reconoce como el iniciador de la clasificación de los diferentes tipos clínicos de depresión. En el transcurso de la historia se ha hablado de diferencias entre una depresión psicótica y una neurótica, así como entre depresión reactiva y endógena, funcional y orgánica, al igual que primaria y secundaria. Reportándose en las últimas décadas la depresión unipolar y bipolar ⁶.

El trabajo de Kraepelin consistió en separar un grupo de síntomas y signos referidos hasta ese entonces a los trastornos del humor y patologías mentales e hizo una clasificación de tres tipos principales de depresión: La alteración maníaco – depresiva, la melancolía involutiva y la forma leve de depresión neurasténica.

El concepto de depresión no es extraño por su difusión fuera de la práctica médica. Sin embargo es necesario puntualizar que los síntomas depresivos pueden formar una variada constelación de manifestaciones, que incluyen síntomas psíquicos y corporales ⁶.

La depresión, para Sabanés se puede enmarcar en el grupo de los “trastornos afectivos”; ya que una característica de la depresión es la alteración de la capacidad afectiva y no solo la tristeza sino también la incapacidad de dar o recibir afecto de quienes nos rodean ⁷. Esta definición nos muestra el problema desde dos puntos de vista, pues no solo es el aspecto receptivo sino también el aspecto transmisor de la afección.

Según cifras emanadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, siguiendo de cerca a las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebro vascular), estos pronósticos resultan reales ya que en el año 2000, la depresión en adultos mayores ocupaba el cuarto lugar. De ahí que desde los distintos estratos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de frecuencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI ⁸.

Existe una gran variedad de clasificaciones acerca de la depresión, en la actualidad hay más de 100 tipos de depresión que solo difieren por el nombre, razón por lo cual es importante definir el término.

Partimos de la enciclopedia medica en español, la cual nos menciona que los sentimientos de depresión se pueden describir como sentirse triste, melancólico, infeliz, miserable o derrumbado ⁹. Profundizando un poco más en el tema, la misma fuente señala la diferencia entre el sentimiento que cualquier persona puede sentir alguna vez en su vida diaria y la verdadera depresión clínica que se define como: “un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado” ⁹.

Una de las definiciones más claras y que une lo clásico con lo actual es proporcionada por Sabanes ⁸. Él indica que la concepción clásica de la depresión tiene las siguientes características, definiéndola como:

Depresiones endógenas (primaria); estas depresiones van de adentro hacia fuera, se relacionan con una vulnerabilidad específica del propio psiquismo del paciente. El término endógeno debe entenderse como la manifestación

depresiva sin una causa que, al menos en apariencia, la justifique (aparecen espontáneamente). Es una característica propia del depresivo endógeno, en una fase de normalidad del estado de ánimo, responder con entereza y sosiego a las dificultades, al contrario, en una fase depresiva, son incapaces de enfrentarse a estas mismas dificultades e incluso a otras de menor peso. Estas reacciones del estado de ánimo así como la importancia de los acontecimientos pueden variar de individuo a individuo, de raza a raza y de un nivel sociocultural a otro.

Depresiones somatógenas; tienen causas orgánicas demostrables, la depresión puede ser parte de procesos infecciosos, enfermedades de la tiroides o cáncer. Puede pasar que el trastorno orgánico queda resuelto pero persisten las manifestaciones depresivas, entonces el tratamiento debe ser bidireccional (tratar la depresión como entidad independiente).

Depresión psicógena; Son originadas por causas psíquicas o ambientales, fuertes tensiones o componentes psicosociales, etc.

Hay cierta predisposición, consustancial al individuo, a desarrollar unas u otras manifestaciones al margen de la causa que la desencadena. Cada individuo tiene un límite propio para soportar fuertes tensiones y más allá de este límite es probable que aparezcan manifestaciones psiquiátricas o psicósomáticas.

Sabanes ⁸ indica que una de las diferencias entre la concepción actual y la clásica, es que en esta última se toma más en cuenta si la depresión está interrelacionada con otros factores o si tiene características propias como síntomas, periodo de evolución o algún signo de su presencia, en contraste con el concepto clásico.

La definición actual de la depresión tiene estas particularidades:

Depresiones secundarias; Son las relacionadas con otras enfermedades médicas o psiquiátricas. Es indispensable identificar el trastorno original que las provocó.

A) Secundarias en relación con otras alteraciones psiquiátricas.

1. Esquizofrenia; tras la remisión del episodio agudo o en algunas manifestaciones de la misma caracterizándose por una actitud clínica negativa.
2. Estado de ansiedad; agudo o generalizado se vuelve crónico con el tiempo y no se resuelve.
3. Alcoholismo y otras adicciones; retirándoseles el tóxico que les causa dependencia.

B) Secundarias en relación con otras alteraciones médicas.

1. Depresiones primarias; Son las que no están ligadas a otro tipo de enfermedad médica o psiquiátrica. Aparecen de manera autónoma una vez que se producen los desencadenamientos antes descritos. Las subdivisiones son de acuerdo con su sintomatología y su gravedad.
2. Depresiones primarias unipolares; Se presentan en fases. Cuando no se remedian los intervalos de normalidad siguen en fases depresivas. Tanto la duración de la fase como el tiempo que transcurre entre una y otra varía de un individuo a otro. En algunos el episodio dura solo unas semanas, en otros se vuelve crónico con el paso de los años. Suelen aparecer a partir de los treinta años de edad, pero desaparecen con un tratamiento adecuado.

3. Depresiones primarias bipolares; Las fases depresivas se alternan con intervalos de normalidad, pero también con episodios maníacos. La manía es otra cara de la moneda de la depresión, los pacientes se muestran eufóricos, expresivos, son hiperactivos, se entregan a la verborrea, padecen insomnio, hacen gastos excesivos, se comprometen a hacer tareas irrealizables y se muestran irascibles cuando se les lleva la contraria. En casos graves pueden llegar a la agitación, a las ideas delirantes o a las alucinaciones.
4. Depresiones primarias mayores; Alude al nivel de gravedad de la depresión y puede ser unipolar o bipolar, en esta última se trata de la llamada psicosis maníaco-depresiva.
5. Depresiones primarias menores; También es con respecto al grado de gravedad y se aplica a las depresiones unipolares y bipolares. Las unipolares menores no presentan un cuadro sintomático muy completo. Tienden a prolongarse más con el tiempo y se pueden confundir con rasgos de la personalidad de los individuos que las padecen o con una simple desmoralización a raíz de situaciones conflictivas. También son llamadas trastornos ciclotímicos o alteraciones cíclicas del estado de ánimo, mimetizan el trastorno maníaco-depresivo, pero con menor intensidad sintomatológica.

Dadas las características de la población con la que se trabajara en este proyecto creemos que la definición que mejor muestra el tipo de depresión a tratar en los adultos mayores es la descrita en la visión clásica y en especial la tipificada como depresión psicógena.

Aller ¹⁰ afirma que entre los acontecimientos vitales desencadenantes se considera al duelo, un determinante primordial de las depresiones en la ancianidad. Es este el periodo vital, donde ocurren importantes pérdidas de

seres queridos: la propia pareja, los hermanos y amigos. Otros factores psicosociales depresógenos frecuentes en esta edad, son la jubilación que puede implicar pérdidas de índole económica, privación de status social y prestigio, rechazo familiar y economía precaria. También adquieren gran importancia el impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes, las enfermedades propias o del círculo de familiares más próximos. Se dispone de amplias referencias de la importancia de los desencadenantes somáticos en la depresión de la tercera edad.

Entre los precipitantes somáticos se encuentran las infecciones agudas, neoplasias, enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson, demencia de Alzheimer), accidentes cerebrovasculares, el infarto de miocardio, así como fármacos o tratamientos utilizados en ellas. Si atendemos a estos aspectos diferenciales que tiene la etiopatogenia de la depresión reactiva en la tercera edad, es fácil encontrar cierta similitud entre la depresión geriátrica originada por desencadenantes psicosociales, somáticos y los cuadros de depresión por indefensión descritos por Seligman ¹⁰.

Con el avance de las ciencias y la especialización en diversas ramas nace una nueva ciencia conocida como Psiquiatría Geriátrica, la cuál fue reconocida como tal por la Organización Mundial de Salud ¹¹.

ANCIANIDAD, TERCERA EDAD O ADULTO MAYOR.

La Real Academia de la lengua Española ¹² define este término como la persona de edad avanzada. La misma fuente indica que puede entenderse que es vieja (o) la persona que cumplió 70 años.

Rivera ¹³ marca una definición más amplia del concepto, pues indica que el envejecimiento es un proceso normal de cambios relacionados con el paso

del tiempo, que se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. Para él la ancianidad es la fase final de la vida.

El mismo autor dice que la ancianidad varía según el marco de referencia que se emplee. Así los hijos consideran ancianos a sus progenitores de 32 años de edad, en tanto, que para los padres de estos aún son jóvenes. La persona activa y saludable de 60 años suele juzgar que la vejez se inicia a partir de los 75 años. De modo que el emplear diferentes razonamientos para definirla, que no sean solamente en base a la edad, conlleva a que su conceptualización este sujeta a diferentes factores.

Sin embargo Rivera coincide en que la ancianidad es un fenómeno universal deletéreo y endógeno, que comprende una reducción de la capacidad funcional y el aumento de la morbilidad y la mortalidad.

Un investigador que coincide con Rivera es Amaro ¹⁴, quién hace énfasis en el enfoque social que tiene el termino, diciendo que la estimación social del anciano ha ido cambiando a lo largo de la historia. No se ha presentado un único modo de comportamiento hacia el anciano. Las actitudes ante la ancianidad están socialmente condicionadas y solo son inteligibles dentro de la propia estructura social.

Pracht ¹⁵ da una definición más integral al decir que la ancianidad es una etapa avanzada en la existencia de los seres humanos vivos, etapa más o menos prolongada de la vida, a la que algunos llegan con mejor o peor fortuna y otros no. En general la considera cronológicamente cercana al fin de la existencia de la persona, tal y como la conocemos, aceptando que la muerte física es el final de esa etapa. Por lo tanto, la ancianidad en los seres humanos, puede considerarse que es poseedora de un valor en si misma o bien como la representación real de una serie de valores interactuantes, que

condicionan y personalizan el paso por esa fase normal de la vida de forma notable.

Dentro de los autores clásicos de la psiquiatría está Strehler¹⁶ quien menciona que el envejecimiento es un proceso que se despliega en el devenir temporal, modifica las condiciones intrínsecas y la funcionalidad de todo cuanto existe. En los seres vivos culmina con la muerte y tiene modalidades genéricas que son las siguientes: universalidad, progresión, causalidad intrínseca y deterioro.

Para Strehler los marcadores del envejecimiento pueden ser biológicos y psicológicos.

Con respecto a los primeros se dice que el envejecimiento se extiende prácticamente durante toda la existencia. Incluso anterior al nacimiento. Como ejemplos se pueden citar

- A. A partir de los 20 años se pierden más de 100.000 neuronas por día, con acumulación de lipofosfina en el interior del citoplasma.
- B. La capacidad para formar nuevas sinapsis tiende a decrecer.
- C. Se produce mayor lentitud en la velocidad de conducción.
- D. Disminuye el ARN neuronal ligado al ADN ribosomal que lo codifica.
- E. La masa metabólica activa, disminuye (las nefronas de los riñones, los osteoclastos de los huesos, el peso de 59 Kg. de media a los 25 años, decae a 48 Kg. a los 60-70 años, el músculo un 40 %, el bazo 37%, en los riñones 9% y en el cerebro 8%).
- F. Debe marcarse la disminución del volumen de sangre circulante, con incremento del tiempo de circulación, la resistencia vascular periférica y la presión arterial sistólica.
- G. Cae la capacidad vital respiratoria, el volumen de jugo gástrico y su acidez libre, así como la actividad de las glándulas endocrinas.

- H. La fuerza muscular disminuye según las condiciones preexistentes vinculadas al entrenamiento, la capacidad adaptativa al sobreesfuerzo inesperado decae y el tiempo para que las funciones retomen su ritmo habitual (ritmo cardíaco, temperatura basal, poliglobulia por hipoxia permanente) se alarga.
- I. El gasto calórico que es de 1600 en 24 horas en el adulto, baja a 1280 entre los 80 y 90 años.
- J. La capacidad de cicatrización es cinco veces más lenta a los 60 años que a los 10 años.
- K. Una medida del envejecimiento global, lo da la determinación del potasio total del organismo obtenido por el recuento "in vivo" de los rayos gama, producidos por un isótopo del potasio (el K 40), en su relación con el metabolismo basal.

En cuanto a los marcadores psicológicos; el envejecimiento altera el funcionamiento armónico de la persona y la imagen de sí, con intensidad variable y peculiaridades ligadas a cada sujeto, que van acumulando una serie de déficit, por ejemplo:

- I. Pérdida de la nitidez sensorial.
- II. Declinación de la inteligencia que permite resolver problemas nuevos en oposición a la cristalización de la inteligencia que permite respuestas a situaciones ya resueltas.
- III. Mayor lentitud para resolver problemas nuevos que utilizan símbolos no verbales de naturaleza física, matemática, teórica.
- IV. Disminución en la capacidad retentiva de nueva información con independencia del interés que la misma despierte.
- V. Alteraciones del lenguaje, así como cierta indiferencia afectiva que con el tiempo plantean un problema.
- VI. Permanece fijado a un pasado tan pronto feliz que lo convierte en nostálgico o melancólico, o sembrado de fracasos que transforma su

presente en agrio o vacuo, y que si no tiene ocupación, acrecienta su dependencia.

Según el mismo autor ¹⁶ muy pocas actitudes son universales, dependen de la disposición previa y el contexto sociocultural; Miedo a los cambios, rigidez, dogmatismo, miedo a la muerte, celos a la potencia juvenil, temor a la soledad, retraimiento natural, estos aunque habituales, están más vinculados a la personalidad previa entre otros.

Como se puede ver el concepto de vejez no solo se encuentra ligado a la edad cronológica sino que implica diferentes factores en su conceptualización y definición.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De las múltiples patologías que afectan a la población anciana, la depresión constituye un importante problema de salud mental, esto debido a su mayor gravedad, elevado riesgo de suicidio y la influencia que esta tiene sobre otras patologías orgánicas agravándolas.

El rol que se pueda desempeñar de parte de los profesionales de la salud, tanto en la atención primaria como secundaria para tratar este problema, resulta de gran importancia, ya que informándonos acerca de la frecuencia de depresión en adultos mayores, los profesionales de la salud podemos enfocarnos de una manera preventiva con el grupo resultante en mayor frecuencia.

La depresión en adultos mayores puede modificar en gran medida el cuadro general de salud por sus comorbilidades con entidades psiquiátricas o no psiquiátricas, así como por su importante vínculo con el suicidio, la violencia, el abuso, dependencia de sustancias tóxicas y accidentalidad. Todo lo anterior tiene desde luego una repercusión en el estado biológico, en la evolución de las enfermedades presentes y la funcionabilidad de estos pacientes. Lo cual representa un factor determinante para medir la salud en el adulto mayor ⁸.

De lo anterior, surge la inquietud de realizar el presente trabajo a fin de identificar si existe depresión en los adultos mayores derechohabientes de la unidad de medicina familiar No 45 del IMSS en la ciudad de San Luis Potosí.

Si bien es cierto que este mal afecta al ser humano independientemente del grupo de edad en que se encuentre, en la realización de este trabajo se desea poder contestar la siguiente pregunta ¿Cuál es la frecuencia de

depresión en adultos mayores de 60 a 80 años en la U.M.F. No. 45 en San Luís Potosí?

Concientes de que la depresión es un problema que puede traer consecuencias tanto físicas, psicológicas, así como fatales en el ser humano. Se pretende con el presente trabajo, dar respuesta a la pregunta de investigación antes mencionada.

JUSTIFICACIÓN.

Datos de la Organización Mundial de Salud (OMS) señalan que la depresión afecta a cerca de 340 millones de personas en el mundo y que la frecuencia más alta se presenta en adultos y personas de la tercera edad. Otras cifras presentadas por la Organización Panamericana de Salud (OPS), indican que en América Latina existen 25 millones de personas con depresión, de las cuales solo 4 millones han sido detectadas en forma y reciben tratamiento para la misma ¹⁷.

La OMS tiene previsto que para el año 2020, la depresión será la primera causa de retiro laboral prematuro en los países desarrollados y la segunda enfermedad mas frecuente en el planeta, razón por la cual se le comienza a conceptuar como un mal de grandes proporciones del siglo XXI ¹⁷.

Si a las cifras anteriores se le agrega el alargamiento de la esperanza de vida y el incremento en la población de la tercera edad, se considera que entre el 10 y el 45% de las personas de más de 60 años presentaran en algún momento de su vida al menos un síntoma depresivo. Como lo manifiesta Álvarez ³ el panorama se tornará preocupante para el sector salud.

Si bien las cifras de la depresión en ancianos son preocupantes como se indicó anteriormente requieren atención en el corto, mediano y sobre todo en el largo plazo, estas llegan a aumentar hasta dos o tres veces en el caso de que exista una enfermedad medica asociada e incluso aun mayor si se trata de pacientes que se encuentran hospitalizados, donde se llega a manifestar una frecuencia de cerca del 30% ¹⁸.

La gravedad de esta epidemia se puede constatar en las unidades hospitalarias donde hasta un 15% de las personas con depresión presentan este trastorno a largo plazo, con síntomas residuales y alteraciones sociales de consideración. Pero lo más delicado de las cifras es que alrededor del 15% de las personas con depresión grave acaban suicidándose ¹⁹.

Las depresiones de la tercera edad obedecen a los mismos factores etiopatogénicos (neuroquímicos, genéticos y psicosociales) que condicionan los trastornos y el humor en otros grupos de edad. Sin embargo, ofrecen matices específicos, con un mayor peso de los precipitantes psicosociales y somáticos ¹⁹.

Desde el punto de vista cuantitativo, se estima que el 12% de los sujetos de más de 60 años atendidos en los centros de salud, presenta un episodio depresivo mayor que cumple con los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSMIV), mientras que el 20% muestra síntomas depresivos que merman substancialmente la calidad de vida y facilitan el desarrollo de un cuadro depresivo más grave. Pese a su importancia y trascendencia, hay un bajo nivel de diagnóstico de este trastorno en residencias geriátricas y consultas de atención primaria, debido a un prejuicio generalizado y muy extendido, no sólo en la población general, sino también en la profesión médica; al considerar la depresión una consecuencia lógica del envejecimiento, creencia en absoluto respaldada por datos clínicos y epidemiológicos ²⁰.

Siendo la depresión un aspecto común dentro de esta edad y viendo que para muchos es un síntoma de lo “viejo” como afirma la Asociación Americana de Psiquiatría, y tomando en cuenta que la psiquiatría geriátrica es una rama nueva; se considera pertinente la realización del presente trabajo a fin de tratar de ver cual es la situación al menos en forma

cuantitativa de este problema entre los adultos mayores que asisten a la clínica.

Considero que mediante la realización de este trabajo se pueda tener una mejor percepción de la depresión en los adultos mayores atendidos de esta clínica. Así mismo, una de las finalidades de este proyecto es poder contribuir a la identificación de este padecimiento en los pacientes y con ello proporcionar información relevante y actualizada que permita, al personal de la institución, contar con más información de esta realidad actual.

En México se tienen varios estudios llevados a cabo en diferentes estados entre ellos sobresalen los siguientes:

En 1987 se llevo a cabo una encuesta en la ciudad de Tijuana, Baja California con la intención de medir síntomas depresivos en la población. Entre sus resultados se arroja que el 10% de la población de más de 60 años mostraba signos depresivos. El instrumento empleado fue el CES-D y el género mostraba una gran diferencia en la presencia de la depresión en adultos mayores, según los resultados de esta encuesta a mayor edad las mujeres mostraban más depresión que los hombres ²².

Otro estudio llevado a cabo en la ciudad de México por Caraveo mostró que la depresión estaba presente en el 7.8 de personas entre los 18 y los 64 años de edad. En este estudio se empleó una versión adaptada del CIDI – Fresno ²³.

La ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA ha sido usada en estudios llevados a cabo en México, en la ciudad de Xalapa, Veracruz en un artículo publicado en la revista electrónica de psicología de Querétaro ²⁹.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la frecuencia de depresión en adultos mayores atendidos en la UMF No 45.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar la frecuencia de depresión que existe según el género
- Evaluar el nivel de depresión entre la población de adultos mayores
- Determinar la frecuencia de depresión que existe entre la población:

-de 60 a 65 años

-de 66 a 70 años

-de 71 a 75 años

-de 76 a 80 años

-mas de 80 años

MATERIAL Y MÉTODO

Para llevar a cabo el presente proyecto se usó el cuestionario GDS a fin de determinar si existe o no depresión en los adultos mayores. El GDS es una escala autoaplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad para el cribado de depresión ²⁵.

Izal indica que existe una validación al castellano donde es igual de válida que la original en inglés ²⁸.

Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva. Aunque algunos autores han encontrado una correlación positiva, pero insuficiente, entre la versión corta y larga ($r=0,66$), en otros trabajos la correlación encontrada fue superior al 0,80 y con datos de sensibilidad y especificidad equiparables entre las dos versiones ²⁷.

Para los fines de la presente investigación se empleará el cuestionario GDS de 15 preguntas el cual responde de acuerdo a los valores asignados a las respuestas para determinar la presencia y grado de depresión de la siguiente manera.

1 punto si contesta Si en las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15.

1 punto si contesta No en las preguntas 1, 5, 7, 11, y 13.

El grado de depresión estará en base al puntaje presentado de la siguiente manera.

No depresión	de 0 a 4 puntos.
Depresión leve	de 5 a 8 puntos.
Depresión moderada	de 9 a 11 puntos.
Depresión grave	más de 11 puntos.

La metodología a seguir en este trabajo consta de la aplicación del cuestionario GDS a 378 adultos mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 45, de la ciudad de San Luís Potosí, obteniendo el tamaño de la muestra de acuerdo al censo de población adscrita a medico familiar por unidad delegación 25, San Luís Potosí 2005 y de acuerdo a los criterios establecidos para la muestra, procediendo posteriormente al análisis de los datos. El tamaño de la muestra tendrá un 94% de confiabilidad con un margen de error del 6%.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a) Pacientes adscritos a la UMF No.45 de San Luís Potosí con 60 a más de 80 años.
- b) Aquellos pacientes que acepten colaborar en el estudio.
- c) Pacientes de ambos sexos.
- d) Adultos mayores de ambos turnos en la UMF No. 45 de San Luis Potosí.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- a) Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- b) Pacientes que cursen un padecimiento incapacitante, que le impida contestar el cuestionario.
- c) Pacientes atendidos por problemas psicológicos no depresivos.

d) Pacientes con edad menor de 60 años.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

a) Encuestas o cuestionarios mal llenados o incompletos.

OPERACIONABILIZACIÓN DE VARIABLES.

LAS VARIABLES INDEPENDIENTES DE ESTE ESTUDIO SON:

a) Edad.

b) Género.

LA VARIABLE DEPENDIENTE ES:

La depresión en adultos mayores.

Dependiendo de los resultados emanados de la aplicación del GDS, se contemplan los siguientes rangos para la variable dependiente;

No depresión

Depresión leve

Depresión moderada

Depresión grave

Tomando en cuenta los diferentes criterios que se tienen para describir la edad de la vejez o ancianidad, se propone que se aplique el cuestionario a los adultos mayores de 60 años o más. En este caso se contempla que al realizar la investigación en México, el gobierno mexicano cuenta legalmente a los ancianos a partir de esa edad donde se pueden afiliarse al Instituto Nacional de la Senectud.

Por ello para esta variable se contemplan los siguientes rangos:

De 60 a 65 años.

De 66 a 70 años.

De 71 a 75 años.

De 76 a 80 años.

Más de 80 años.

La segunda variable independiente en este estudio es el género. Haciendo alusión al mismo y para que se tenga una validez en el estudio y cuente éste con una muestra estadísticamente aceptable, se escogerán a pacientes de ambos sexos.

UNIVERSO DE TRABAJO.

El universo de esta investigación lo constituye la muestra de pacientes adultos mayores de 60 a más de 80 años atendidos en el UMF No 45 de la ciudad de San Luís Potosí, que participaron en la encuesta en el periodo del 16 de diciembre al 28 de febrero del 2006.

DISEÑO DE ESTUDIO

El tipo de investigación es observacional, descriptivo con corte trasversal no comparativo y un tipo de muestra no probabilística representativa y aleatoria.

LUGAR DEL ESTUDIO

Unidad de medicina familiar No 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en San Luís Potosí.

TAMAÑO Y TIPO DE MUESTRA.

Para el cálculo de la muestra se utilizará como referencia los datos emanados de la pirámide poblacional correspondientes a la unidad o población finita.

Para llevar a cabo esta investigación se seleccionará una muestra no probabilística representativa seleccionada por conveniencia, con un 94% de confiabilidad y un margen de error del 6%, en base al total de pacientes adultos mayores de la clínica que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión señalados anteriormente. El cálculo del tamaño de la muestra se realizará de acuerdo a la siguiente fórmula:

Teniendo un nivel de confianza del 94% y un margen de error del .06, el tamaño de la muestra representativa es de 378 pacientes. Para llevar a cabo una diferenciación con el género y la edad se aplicó sin distinción e indiscriminadamente a hombres y mujeres.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Observando la naturaleza de la prueba y las características de la misma, así como de los objetivos, se considera útil utilizar la estadística descriptiva para su análisis. Así como las medidas de tendencia central, dispersión proporcional y porcentaje de depresión.

Se empleara la técnica de índice de frecuencias para diagnosticar las mismas en la depresión en adultos mayores atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No 45 ubicada en San Luís Potosí S.L.P.

Para realizar lo anterior se empleo el programa estadístico SPSS 13, el cual resulta muy útil para este tipo de trabajo estadístico.

CONSIDERACIONES ETICAS

Para realizar la presente investigación se tomo en consideración la edad de los entrevistados, por lo que se hizo uso de la carta de consentimiento informado (anexo) la cual valida la encuesta aplicada, así mismo se usó un lenguaje respetuoso y adecuado al entendimiento del paciente.

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

Dependiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Escala de medición
Nivel de Depresión	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.	Resultado de la encuesta GDS que según el puntaje obtenido representa el nivel de depresión presente	Cualitativa Ordinal	-Sin Depresión (0 a 4 puntos) -Depresión Leve (5 a 8 puntos) -Depresión Moderada (9 a 11 puntos) -Depresión Grave (mas de 11 puntos)
INDEPENDIENTE				
Edad	Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana. Espacio de años que han corrido de un tiempo a otro.	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta que se aplicó la entrevista	Cuantitativa continua	Número de años cumplidos. Grupos de edad ya señalados.
Género	En los nombres y en algunos pronombres, rasgo inherente de las voces que designan personas del sexo femenino o masculino, algunos animales hembra o macho y, convencionalmente, seres inanimados.	Sexo	Nominal	Masculino Femenino

RESULTADOS

Se entrevistaron 378 adultos mayores con un promedio de edad de 60 a más de 80 años de edad con desviación estándar de; 1.164 en la grafica correspondiente a la edad, 0.464 en la correspondiente al sexo, 0.817 en el tipo de depresión. El 57.9% de los encuestados, fueron mujeres y el 42.1% corresponden a varones. La frecuencia de depresión encontrada fue de 79.7% y de estas, la depresión leve fue la más frecuente con el 62.8%, la moderada el 29.2% y la grave solamente se presento en el 8% de la población estudiada.

El objetivo principal de esta investigación es indagar la frecuencia de la depresión en adultos mayores atendidos en la clínica. Al respecto se puede observar en la grafica 3 los resultados. El principal tipo de depresión presente en los adultos encuestados es de tipo leve en la mitad de los mismos (50%). Le sigue la depresión moderada con el 23%, mientras que un 20% no presenta depresión. El resto corresponde a la depresión grave con un 7%.

El primer objetivo específico es ver la frecuencia entre el género y la depresión. Se observa en la grafica 6 que las mujeres tendieron más a presentar depresión que los hombres en los rangos leve y moderado donde se concentra casi el 80% de los encuestados. Solo en el rango grave los hombres presentan una ligera ventaja, en general se observa una frecuencia de depresión del 83% en los hombres y un 77.2% en las mujeres. El segundo objetivo específico tiene que ver con la edad y la depresión. La depresión leve prepondera en los rangos 2, 3 y 4 donde observamos mayor frecuencia de los 60 a los 65 años (grafica 5). Lo mismo pasa con la depresión moderada. Mientras que la depresión grave es variante en todos los rangos de edad siendo mayor su porcentaje en el segundo rango de los 66 a los 70 años.

DISCUSIÓN

No hubo sorpresas en la tendencia de la aplicación pues los porcentajes de aplicación correspondían a la pirámide poblacional de adultos mayores de la clínica. Y como se observa en la grafica 1 a mayor edad menor numero de pacientes evaluados. Por ello la mayoría casi el 40% corresponden al rango más joven; de los 60 a los 65 años de edad.

La tendencia anterior se observa en la relación Edad y Sexo ya que al igual que la pirámide poblacional de la clínica las mujeres sobrepasan en cantidad a los hombres en todos los rango edad a partir de los 60 años (ver grafica 4).

La frecuencia de depresión observada en este trabajo indica que cerca del 80% padece algún tipo de depresión. Pero solo el 30% padece un tipo de depresión con riesgo, es decir de moderada a grave. Álvarez manifestó hace 7 años que la depresión alcanzaba al 30% de la población adulta mayor y que en los años posteriores hasta el 2020 se iba a incrementar en Latinoamérica ⁽³⁾.

Lo obtenido en este trabajo manifiesta un 80% de los pacientes afectados con algún tipo de depresión. Si bien la cifra es alta solo un 30% representa un peligro. En este último aspecto si se empata lo obtenido y descrito por Álvarez en su trabajo. Se hace mención que la mitad de los pacientes con depresión la padecen en un estado leve por lo que aún no representa riesgo inminente a su salud, pero si nos alerta sobre su presencia e incremento ⁽³⁾.

Se observa también una mayor presencia de depresión en las mujeres que en los hombres. Las diferencias alcanzan más del 10% en depresión leve y grave. Mientras que los hombres sobrepasan con un 15% en la depresión grave.

Los tipos de depresión encontrados en los pacientes no presentan gran diferencia según los rangos edad. Solo llama la atención el porcentaje alcanzado por la depresión grave en el segundo rango de los 65 a los 70 años, pues su tendencia es alta debido a la cantidad de pacientes englobados en esta categoría y el mal que representa este tipo de depresión en las personas.

Queda para futuras investigaciones confirmar la tendencia alta de depresión alcanzada en este trabajo. Y ver si existen más factores que influyan en la presencia de este padecimiento en los adultos mayores.

A pesar de que no existe gran diferencia en la relación edad depresión convendría profundizar más en los rangos edad que comprenden de los 65 a los 75 años. Ya que en estos rangos hay una mayor presencia de depresión en relaciona los demás. No representa en este estudio una diferencia significativa por la relación con la densidad de la muestra, pero si se observa una mayor tendencia a padecer depresión moderada y grave en este rango.

Se pretende presentar lo encontrado en esta investigación a las autoridades competentes para que se pueda prevenir y ayudar en el tratamiento de este padecimiento en nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Devesa Colina E. Geriatría y Gerontología. El anciano Cubano. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica, 1992.
2. Cuba. MINSAP. Objetivos, Preósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992 – 2000. La habana 1992: 2 – 27.
3. Álvarez Solar M, Depresión en el Anciano En: Programas Básicos de Salud: Programa del anciano. Síndromes Geriátricos. Madrid: Ediciones Doyma, 2000; V8:82
4. Calcedo Barba A. La depresión en el Anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996.
5. Meyers B S, Alexopoulos G S. Depresión Geriátrica. Clínicas de Norteamérica. 1998: 4: 03 – 907.
6. Picard Ami L A. La depresión a través de la historia. Rev. Arg. Psiquiatr. Biológica 1997; 4 (32): 8 – 18.
7. “*LA DEPRESIÓN*”; Sabanés, F.; Editores EMEKÁ; Barcelona, España; 1990; La depresión: definición y clasificación, p.p. 23-47
8. SERSAME programa de Acción Salud Mental
http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/depre_index.htm
9. Enciclopedia médica en español <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>
10. Aller Fernández, Néstor. Perdida de control sobre los acontecimientos y depresión en ancianos de residencias geriátricas. Universidad de Leon 2001.

11. OMS, Psiquiatría Geriátrica, División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias, Ginebra, 1996.
12. Real Academia de la Lengua Española, www.RAE.es
13. Rivera Casado JM, Gil Gregorio P. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid; 1996. Colección clínicas geriátricas.
14. Amaro MC. Principios básicos de la bioética. Rev Cubana Enferm 1996;(1):32-9.
15. Dr. Pracht D. Carlos. “LA ANCIANIDAD: ¿AUTONOMÍA O DEPENDENCIA?” VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, www.ceoma.org
16. Saludalia interactiva, Depresión en ancianos, Diciembre del 2004, www.saludalia.com
17. Santos A. Bernal G, Bonilla J. Eventos Estresantes de vida y su relación con la sintomatología depresiva. Avances Psicol. Clin. Latinoam. 1998: 5 (16): 121 – 132.
18. Blazer D G. Depresión, En: El manual Merck de Geriatria, España: Ediciones Doyma, 1992: 1091 – 1095.
19. Wilkinson G, Moore P. Como tratar a las personas con depresión. Guía practica en atención primaria. Barcelona: Ediciones Médicas, 1999.
20. Guillemin F. Cross cultural adaptation and validation of health status measures. Scand J Rheumatol 1995; 24: 61-3.

21. Bulbena A, Fernández de Larrinoa P, Pomarol E. Instrumentos de evaluación de los trastornos mentales en atención primaria. En: Vázquez-Barquero, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Aula Médica, 1998. p. 131-49.
22. Katona, CL.: Treatment resistance in geriatric depression. Industry Symposia. N° 6E American Psychiatric Association- Anual Meeting- Washington DC, Mayo 1999.
23. Robles-Silva L, Mercado-Martínez FJ. Prevalencia de entidades mentales en escolares de un □a metropolitana de Guadalajara. *Salud Pública Mex.* 1991; 33:49-55.
24. Yesavage JA, BrinK TL, Rose TL, Lum O. Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1990; 17 (1): 37-49.
25. Salamero M, Marcos T. Factor study of the Geriatric Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 283-6.
26. Izal M, Montorio I. Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: día. *Rev Gerontol* 1996; 6: 329-37.
27. Gutiérrez Ayuso, La depresión senil; aspectos clínicos y terapéuticos, *Salud atención primaria*, artículo original, año II, numero 2, 2002.
28. Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
29. Revista electrónica de Psicología, "la misión" facultad de psicología de Xalapa Veracruz, publicado en Querétaro 2006.

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **“FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS EN LA UMF No 45 DEL IMSS, EN SAN LUIS POTOSI”**, que se llevará a cabo en la Unidad Medico Familiar No. 45 en San Luís Potosí, S. L. P.

El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia de depresión en adultos mayores y su relación con la edad y el género de los participantes.

Entiendo que puedo negarme a participar en este proyecto sin que pueda afectar mis derechos como paciente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El investigador se ha comprometido y me ha asegurado que mi nombre no aparecerá en ningún reporte y que se mantendrá la confidencialidad de la información descrita en este proyecto y que mi participación solo consiste en la contestación del cuestionario que se me proporcionará para su llenado dentro de las instalaciones de la propia unidad medica.

Al aceptar, entiendo que lo hago libremente y habiendo recibido la información suficiente, y que en cualquier momento que decida no continuar con la investigación lo haré y lo expresaré al investigador para no ser incluido en el estudio.

San Luís Potosí, S. L. P., a _____ de _____ del 2006.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del 1º testigo

Nombre y firma del 2º testigo

Anexo 2

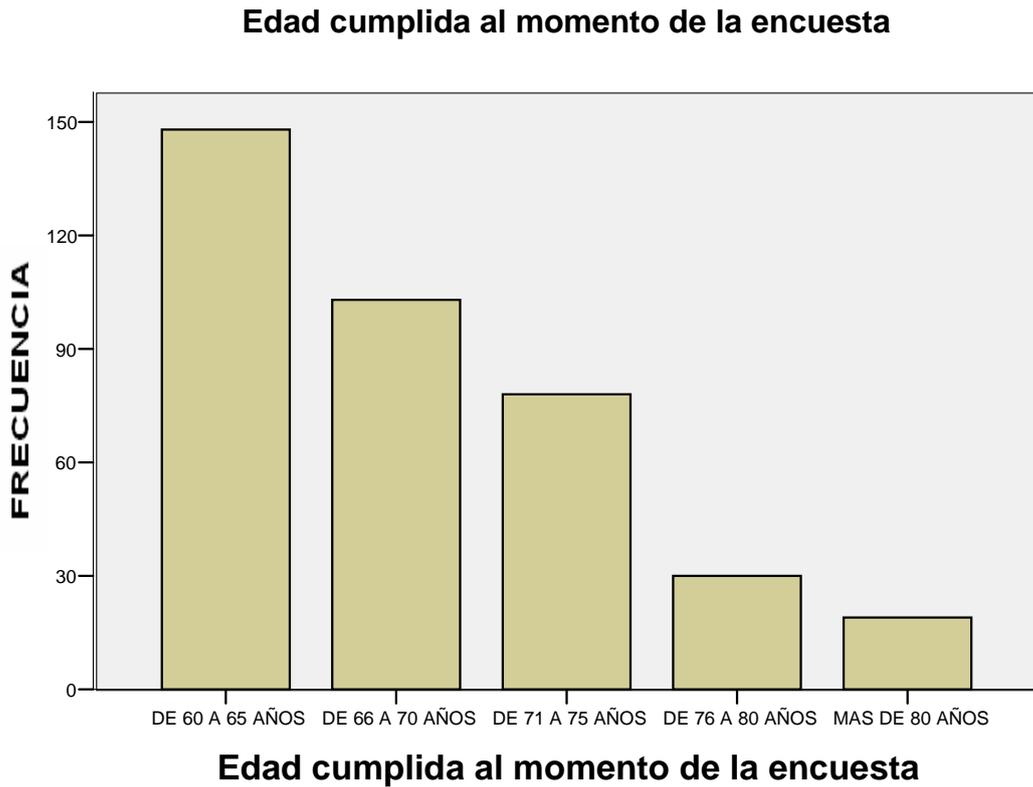
Al contestar el presente cuestionario solo marque con una X la opción que considere mas acertada para usted.

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

Anexo 3

Graficas de frecuencias y correlaciones y medidas de tendencia central

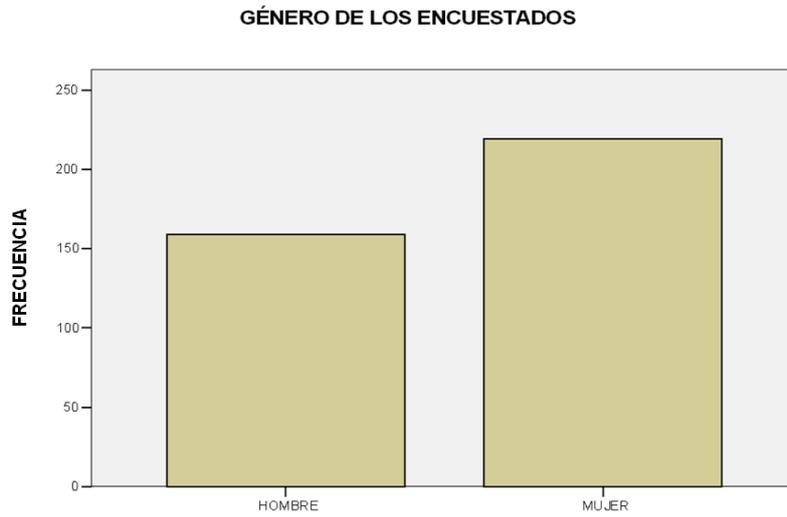
Grafica 1. (Edad)



Edad cumplida al momento de la encuesta	Frecuencia de depresión % PORCENTAJE
De 60 a 65 años	39.2%
De 66 a 70 años	27.2%
De 71 a 75 años	20.6%
De 76 a 80 años	7.9%
Mas de 80 años	5%

(Edad promedio 70 años)

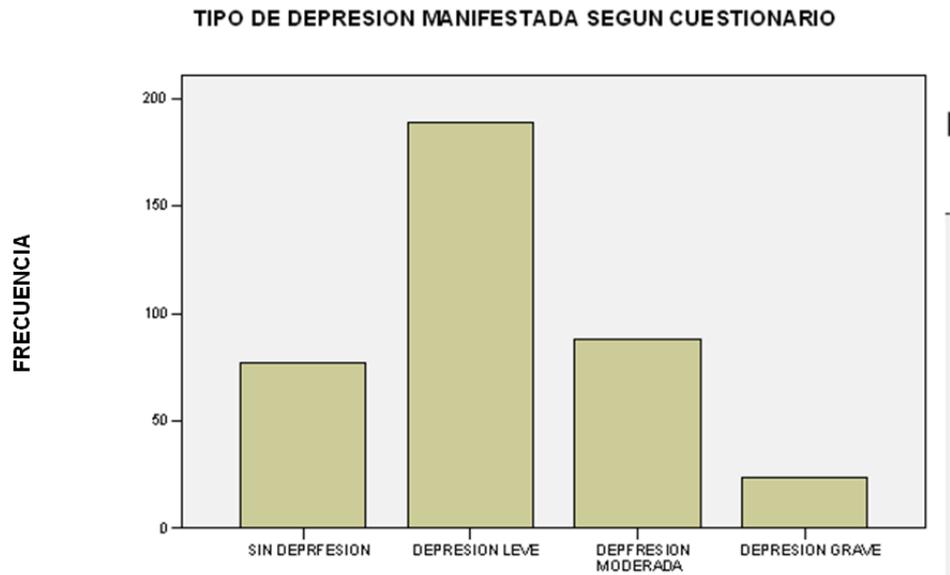
Grafica 2 (Sexo)



Fuente: Encuesta N: 378

Genero	No. De encuestados	%
Hombre	159	42.1%
Mujer	219	57.9%

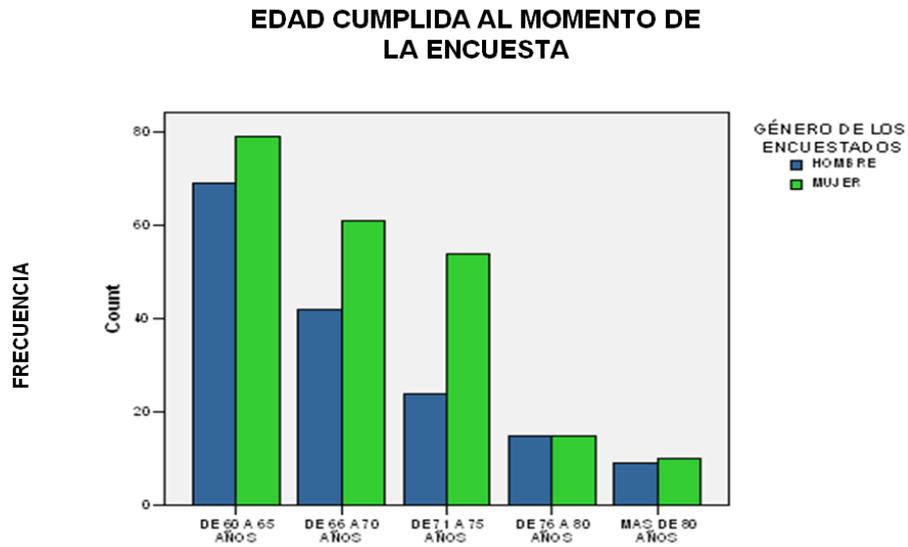
Grafica 3 (tipo de depresión)



Fuente: Encuesta N: 378

Tipo de depresión	frecuencia	%
Sin depresión	77	20.4%
Depresión leve	189	50%
Depresión moderada	88	23.3%
Depresión grave	24	6.3%

Grafica 4 (Edad y Sexo)

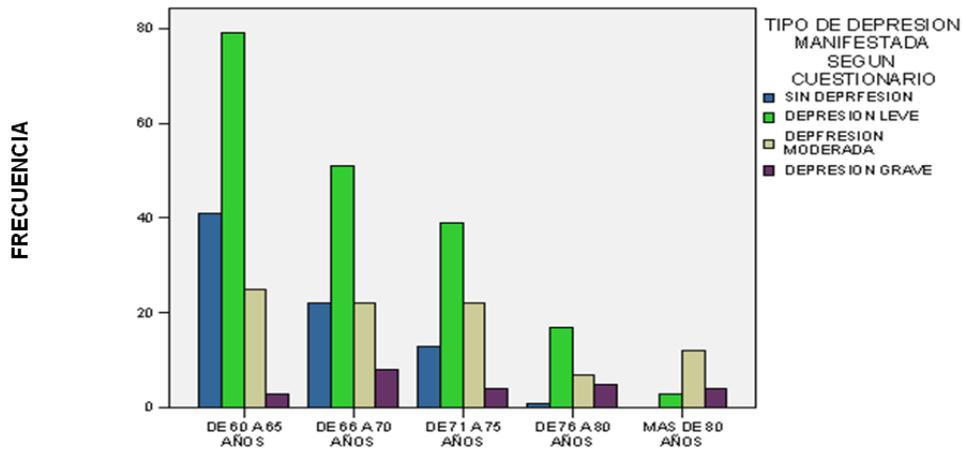


Fuente: Encuesta N: 378

Edad	Hombre	Mujer
De 60 a 65 años	69	79
De 66 a 70 años	42	61
De 71 a 75 años	24	54
De 76 a 80 años	15	15
Mas de 80 años	9	10

Grafica 5 (Edad y Depresión)

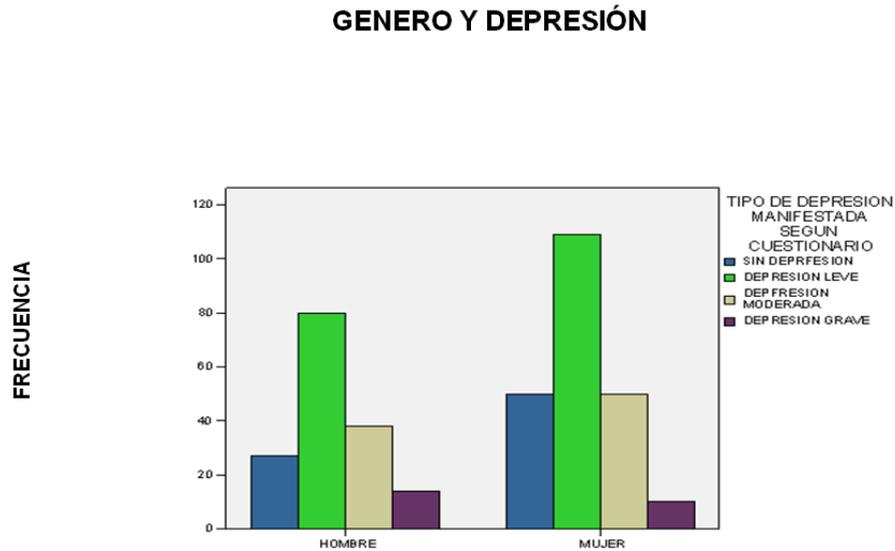
EDAD CUMPLIDA Y DEPRESIÓN AL MOMENTO DE LA ENCUESTA



Fuente: Encuesta N: 378

Edad	Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	% Depresión
De 60 a 65 años	41 (27.7%)	79 (53.4%)	25 (16.9%)	3 (2.0%)	148 (72.3%)
De 66 a 70 años	22 (21.4%)	51 (49.5%)	22 (21.4%)	8 (7.7%)	103 (78.6%)
De 71 a 75 años	13 (17.0%)	39 (50.0%)	22 (28.0%)	4 (5.0%)	78 (83.0%)
De 76 a 80 años	1 (3.3%)	17 (56.7%)	7 (23.3%)	5 (16.7%)	30 (96.7%)
Mas de 80 años	0 (0%)	3 (15.8%)	12 (63.1%)	4 (21.1%)	19 (100%)
TOTALES	77 (20.4%)	189 (50.0%)	88 (23.3%)	24 (6.3%)	378

Grafica 6 (Sexo y Depresion)



Fuente: Encuesta N: 378

Genero	Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	% Depresión
Hombre	27 (17.0%)	80 (50.3%)	38 (23.9%)	14 (8.8%)	159 (83%)
Mujer	50 (22.8%)	109 (49.9%)	50 (22.8%)	10 (4.5%)	219 (77.2%)
Total	77 (20.3%)	189 (50%)	88 (23.3%)	24 (6.3%)	378 (100%)