



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N 33, PLUS, CHIHUAHUA, CHIHUAHUA

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 13 SAUCILLO, CHIHUAHUA.**

**DR. BULMARO ANTONIO PARRA SOLÍS**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 13 SAUCILLO, CHIHUAHUA.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA**

**DR. BULMARO ANTONIO PARRA SOLÍS**

AUTORIZACIONES

**DRA. ROSA EMMA CONTRERAS SOLÍS**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR UMF PLUS 33, UMAA 68

**DRA. MARGARITA LEVARIO-CARRILLO**  
**ASESOR METODOLOGICO**  
PROFESORA INVESTIGADORA  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA

**DRA. ROSA EMMA CONTRERAS SOLÍS**  
**ASESOR DE TEMA**  
MEDICO FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR PLUS 33, IMSS  
CHIHUAHUA, CHIHUAHUA.

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 13 SAUCILLO, CHIHUAHUA.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. BULMARO ANTONIO PARRA SOLIS

AUTORIZACIONES:



DR. FRANCISCO JAVIER FELVIO GOMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE

MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE

MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

## AUTORIZACIONES

**DRA. MARTHA EDITH TUFÍÑO OLIVARES**  
COORDINADORA DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL  
DELEGACION ESTATAL IMSS CHIHUAHUA

**DR. HECTOR DANIEL SALAZAR HOLGUIN**  
AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD  
DELEGACION ESTATAL IMSS CHIHUAHUA

**DRA. MARIA ELENA CONTRERAS CAMPOS**  
COORDINADORA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
IMSS UMF 33, CHIHUAHUA, CHIHUAHUA

**DRA. ROSA EMMA CONTRERAS SOLIS**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIAZCION EN MEDICINA FAMILIAR  
PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS UMF 33

**1.-Titulo**

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR  
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 13 SAUCILLO, CHIHUAHUA.**

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| 1.-Titulo .....   | 1  |
| 2. Índice .....   | 2  |
| 3. Marco Teórico .....                                      | 4  |
| 3.1 Introducción .....                                      | 4  |
| 3.2 Definición de la depresión en el adulto mayor .....     | 4  |
| 3.3 Epidemiología:.....                                     | 5  |
| 3.4 Escala geriátrica de Yesavage.....                      | 11 |
| 3.5 Factor de riesgo para depresión en el adulto mayor..... | 12 |
| 3.5.1 Edad.....   | 13 |
| 3.5.2 Estado civil: .....                                   | 14 |
| 3.5.3 Genero:.....  | 14 |
| 3.5.4 Ocupación .....                                       | 16 |
| 3.5.5 Dependencia funcional:.....                           | 17 |
| 3.5.6 Vivir solo: .....                                     | 17 |
| 3.5.7 Pluripatología (comorbilidad).....                    | 18 |
| 3.5.8 Escolaridad: .....                                    | 19 |
| 4. Planteamiento del problema:.....                         | 20 |
| 5. Justificación.....                                       | 21 |
| 6. Objetivo.....  | 21 |
| 7. Hipótesis: .....   | 22 |
| 8. Metodología.....   | 22 |
| 8.1 Tipo de estudio: Casos y controles.....                 | 22 |

|  |    |
|--|----|
| 8.2. Población, lugar y tiempo de estudio: .....           | 22 |
| 8.3 Tipo y tamaño de muestra .....                         | 23 |
| 8.4 Criterios de selección .....                           | 23 |
| 8.4.1 Criterios de inclusión: .....                        | 23 |
| 8.4.2 Criterios de exclusión: .....                        | 24 |
| 8.5 Variables.....   | 24 |
| 8.5.1 Dependiente:.....                                    | 24 |
| 8.5.2 Independientes: Factores asociados a depresión ..... | 25 |
| 8.6 Plan de análisis estadístico .....                     | 29 |
| 8.7 Técnicas y procedimientos .....                        | 29 |
| 8.8 Consideraciones éticas:.....                           | 30 |
| 9. Resultados .....  | 31 |
| 9.1 Descripción de los resultados: .....                   | 31 |
| 9.2 Tablas y figuras: .....                                | 33 |
| 10. Discusión.....   | 37 |
| 11. Conclusiones .....                                     | 41 |
| 12. Referencias bibliográficas .....                       | 42 |
| 13. Anexos .....   | 48 |



### **3. Marco Teórico**

#### **3.1 Introducción**

El envejecimiento mundial de la población y los fenómenos y naturales que la acompañan hacen de los ancianos un grupo de alto riesgo para padecer depresión. En nuestro medio, los resultados muestran una frecuencia mayor de lo esperado en este padecimiento, por lo que es obligado realizar acciones para disminuir en lo posible su presentación, actuar sobre los factores de riesgo susceptibles de ser modificados (1).

#### **3.2 Definición de la depresión en el adulto mayor**

Adulto mayor; Se consideran adultos mayores a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979, OMS). En 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ajustó la edad de 65 y mas para considerarlo adulto mayor (2)

Depresión; Actualmente la clasificación internacional de enfermedades CIE 10 refiere diferentes formas-categorías de depresión; de igual forma la cuarta versión del manual diagnóstico y estadístico de la asociación de psiquiatría americana (DSM-IV) destaca las siguientes categorías diagnósticas: la depresión mayor, el desorden distímico y el desorden de ajuste con ánimo depresivo. Los criterios para “depresión mayor” según el DSM-IV requieren la presencia de al menos cinco síntomas en un mismo periodo de dos semanas. Estos síntomas deben ser de estado de ánimo deprimido o anhedonia; desórdenes ilusionales o trastornos psicóticos no

especificados; y debe excluirse que los cinco síntomas se deban a intoxicación por uso de drogas o a alguna otra condición “orgánica” (3).

### **3.3 Epidemiología:**

La depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica. Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública, ya que, entre otros factores, aumentan con la edad (4, 35). Según la OMS la depresión afecta unos 121 millones de personas y una de cada 5 personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo, aumentando este número si concurren otras enfermedades y situaciones de estrés (7).

Existen diversos estudios en varios países que estudian las causas que llevan al adulto mayor a estos estados de depresión como en Medellín Colombia se realizó un estudio con 100 personas jubiladas, encontrando una depresión en el 6%, siendo mayor en el sexo femenino, en jubilados más jóvenes y con menor tiempo de jubilación, en personas que no desempeñaban actividades laborales posteriores a la jubilación, en quienes percibían su situación económica entre regular y mala, en los que no presentaban aceptación familiar y entre los retirados que no practicaban ejercicio físico y no participaban en actividades recreativas, académicas o culturales. Se encontró asociación estadísticamente significativa principalmente entre la presencia de depresión y la percepción económica (17). Ramón y cols, en el 2007 en Cuba, en un estudio sobre el comportamiento de la depresión en el adulto mayor encontraron que el grupo de 60-69 años fue el más representativo (57.5 %), fue mayor en el sexo femenino (58.2%); el nivel escolar predominante fue el primario (44.5 %); la condición socioeconómica prevaeciente fue la regular (81%); se

destacaron las enfermedades crónicas, así como el maltrato psicológico (57.5%), el sexo femenino fue en el que se observó mayor maltrato. La depresión estuvo presente en 47 % de la población de estudio, teniendo en cuenta la de tipo menor y mayor.

En este estudio los autores observaron que la familia no participa como un sistema de apoyo y ayuda para el adulto mayor (18). En la actualidad, la mayoría de las personas mayores del mundo viven en países desarrollados y para el 2050, el 79% de la población mayor de 60 años, cerca de 1,600 millones de personas vivirán en países en vías de desarrollo. El rápido envejecimiento de la población puede plantear problemas específicos para las políticas públicas puesto que necesitan ajustes importantes en diversos terrenos para hacer frente a la reducción de la fuerza laboral y al aumento en la demanda en las esferas de la atención de la salud y el apoyo a las personas de edad; México experimenta un proceso de cambio que implica múltiples transiciones en las esferas económica, social, política, urbana, epidemiológica y la demográfica, respecto a la transición demográfica, los veloces cambios y estructura por edad de la población implican desafíos que no siempre se resuelven o que toman mucho tiempo para resolverlos. Según la proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) la población de la tercera edad se mantendrá en continuo crecimiento, aumentando 76.3% del 2000 al 2015, 83.3% en los tres lustros siguientes. Pasa de 6.7 millones del año 2000 a 36.5 millones en el 2050; El crecimiento de la edad poblacional en México, debido principalmente al control directo e indirecto de las enfermedades infecciosas influye en gran medida en la

frecuencia de enfermedades crónicas y por consiguiente en el uso de servicios médicos preventivos y curativos (5).

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente en México y es una de las principales causas de discapacidad, para 1990 fue la cuarta causa de discapacidad y en la proyección para el 2020 será la segunda causa después de las enfermedades cardiovasculares (6). También en México existen estudios que estudian estas causas de depresión en el adulto mayor; Bello y cols. (2005) observaron un prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional 4.5% con 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres. Según resultados de la encuesta nacional de salud 2006 la depresión en mayores de 60 años de edad fue la octava causa de enfermedad en México, hombres 6% y mujeres 14.4% (8). En el adulto mayor la prevalencia de la depresión se calcula entre 1 y 3% cuando se aplican los criterios de manual y estadísticos de los trastornos mentales (DSM IV), la de los síntomas depresivos es mucho mayor, y se ubica entre el 10 y 50%, ambas tienen un efecto negativo sobre la capacidad funcional del adulto mayor. Como lo muestra Ávila y cols, en un estudio longitudinal en 2001 y 2003, donde encontraron que los síntomas depresivos favorecen el desarrollo de la dependencia funcional (14). La prevalencia de depresión en adultos en México de acuerdo a la encuesta nacional de desempeño, fue de 4.5% con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad, y en el caso de los hombres lugar de residencia, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% y en hombres es de 2.5%. Las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la prevalencia se mantiene de

manera consistente independientemente del grupo de edad estudiado; el porcentaje de individuos afectados por otro lado, se incrementa con la edad en ambos sexos (8). En cuanto a la relación de depresión con enfermedad crónica en un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social por Tapia y cols, encontraron que al comparar los adultos mayores sin depresión con los deprimidos no se encontraron diferencias significativas en cuanto a sexo, estado civil, dependencia económica, escolaridad, ocupación y patología de fondo. Solo se observó significancia estadística en cuanto a la dependencia física, haciendo énfasis en el grupo que cursa con depresión media y leve (15).

La prevalencia de depresión en los adultos mayores hospitalizados es elevada como lo muestra un estudio realizado en Torreón Coahuila en el 2003, en el cual se encontró una asociación entre depresión y edad mayor de 80 años, sexo femenino, hospitalización en el servicio de medicina interna, dependencia, el vivir solo y presencia de enfermedades crónicas degenerativas. Concluyeron además que depender de otras personas que no pertenecen a la familiar nuclear y ser portador de patologías crónicas fueron los factores que más se asociaron. El estar hospitalizado en el servicio de medicina interna puede explicarse por que este tipo de pacientes cursa con enfermedades crónicas degenerativas concomitantes (16).

Un estudio en México en el 2006 en militares retirados encontró una prevalencia de depresión de 41.7% utilizando la escala de Yesavage, los factores de riesgo con mayor fuerza de asociación para desarrollar depresión fueron psicosociales como bajo apoyo social, económicamente no productivo e inasistencia a asociaciones de convivencia. La inactividad física, la dependencia económica y ser de género

femenino mostraron un riesgo moderado para desarrollar depresión y la poli patología y la polifarmacia mostró riesgo débil para esta enfermedad (19).

Esquivel y cols en el 2006 evaluaron el efecto de la depresión en la percepción de la salud bucal y calidad de vida en adultos mayores en asilos y fuera de ellos encontraron que la depresión no fue tan alta como se ha reportado en otros estudios debido quizá a las condiciones de vida del grupo. Concluyeron que la depresión es un trastorno que si afecta la percepción de salud bucal y calidad de vida de los adultos mayores, existe una percepción muy pobre de su salud bucal y medianamente de su calidad de vida. La práctica de actividad física incrementa el contacto social entre los adultos mayores y contribuye a disminuir la depresión. La asistencia a centros sociales favorece las relaciones sociales y la percepción de salud física en adultos mayores (20). Ávila y cols estudiaron los factores comunes asociados tanto con los hábitos alimentarios en los adultos mayores como con los síntomas depresivos documentando que existe una interrelación entre los factores que determinan los hábitos alimentarios y los que determinan los síntomas depresivos. Encontraron una prevalencia de síntomas depresivos de 66% (32).

El puntaje de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage mostró asociación con la hipertensión arterial, presencia de alteraciones cognoscitivas, dificultad para realizar las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, la poca movilidad, dificultad para usar el teléfono y la autopercepción de tener mala memoria, de no tener suficientes recursos para vivir y de tener mala salud bucal. Pero no mostró asociación con la presencia auto informado de diabetes, neoplasias, enfermedad cerebro vascular, enfermedad pulmonar o enfermedad cardiaca. Se confirma la

necesidad de tomar en cuenta los aspectos alimentarios entre otros durante el estudio de la depresión en los adultos mayores (21).

En un estudio para observar la utilidad de dos instrumentos para valorar depresión entre adultos mayores de México en estudios poblacionales y para la atención en el primer nivel de salud se encontró como factores asociados el ser mujer, tener entre 60-74 años, estar soltero o divorciado, escolaridad baja, bajo estatus económico, y no estar tomando algún antidepresivo (22).

La prevalencia de síntomas depresivos como factor de riesgo es mayor en mujeres, con baja condición económica, jubiladas, baja escolaridad en un estudio realizado a Beneficiarios del Programa Oportunidades para adultos mayores en el 2006 (23).

Las consecuencias de los síntomas depresivos sobre las capacidades físicas pueden ser similares o incluso más importantes que las de muchas enfermedades crónicas, lo cual es más evidente cuando se conjugan con otras afecciones, como la demencia, o con una pobre red social, escasa autosatisfacción o sentimientos de soledad. Sin embargo, todos estos estudios han considerado la “discapacidad” como la consecuencia última de los síntomas depresivos y no hacen una clara referencia si se incluye la presencia de “dependencia funcional”, puesto que ambos términos describen dos entidades diferentes (14). En lo que coinciden la mayoría de los estudios y autores es que los trastornos afectivos del anciano están infra diagnosticados e infratratados. Si se analizan los estudios sobre depresión mayor en ancianos en la comunidad que usan para el diagnóstico instrumentos estructurados administrados por especialistas, suelen arrojar tasas de prevalencia significativamente menores (1-3%) que estudios que usan instrumentos

dimensionales de tamizaje, como es la escala de depresión geriátrica yesavage (GDS), la escala de depresión del centro para estudios epidemiológicos (CES-D) o la escala de Koenig. (3)

### **3.4 Escala geriátrica de Yesavage**

Una de las escalas más utilizadas en ancianos es la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS), a diferencia de otras, posee la ventaja de que contiene un reducido número de ítems somáticos, lo que evita la interferencia de síntomas causados por enfermedades médicas concomitantes. La escala GDS original contiene 30 preguntas y existe una versión validada en castellano de la misma. (38). Posteriormente aparecieron otras versiones reducidas con 15 ítems (GDS-15) e incluso una versión con sólo con 4 ítems (9).

El empleo de la GDS-15 se ha generalizado en la práctica clínica y ha sido recomendada por diversas sociedades científicas, tanto en nuestro país como en el extranjero. Sin embargo a pesar de este uso extendido son pocos los estudios en nuestro país en los que se valida la utilidad clínica de dicha escala. (10, 39).

Martí y cols., realizaron un estudio en el 2000 para validar la escala GDS-15 en su versión en castellano, el punto de corte de e5 fue el que mejor sensibilidad y especificidad obtuvo en relación al diagnóstico de trastornos depresivos mediante los criterios del DSM-IV. De 41 pacientes que tenían depresión según el DSM-IV, hubo 35(85%) que tenían una puntuación en el GDS-15 e5; mientras que de los 90 que no cumplían dichos criterios, únicamente hubo 13 (14.4%) con un GDS-15 e5 ( $p < 0.001$ ). En el punto de corte e4 se obtuvo una sensibilidad de 85.3% y una especificidad de 72.2%, en el e5, sensibilidad de 85.3% y 85.5% de especificidad, y en el punto de



corte e6 fue de 76.6 % y 96.6% respectivamente. Su conclusión fue que esta versión adaptada de la GDS-15 puede ser una buena opción para contribuir a la detección de la depresión en adultos mayores. (11).

El diagnóstico en los trastornos depresivos en el paciente anciano se ha dificultado por varias razones: en primer lugar, el médico puede atribuir erróneamente los síntomas depresivos al propio proceso de envejecimiento, en segundo lugar los ancianos tienen mayor tendencia a somatizar los síntomas de la depresión, ello con frecuencia desvía la atención del médico hacia la búsqueda de otras enfermedades orgánicas. Finalmente en tercer lugar la existencia de comorbilidad, por lo que los síntomas depresivos pueden pasar desapercibidos o atribuidos a otros procesos coexistentes o bien su aparición puede ser la consecuencia de efectos secundarios inducidos por algunos fármacos (12, 40, 41). Debido a estas dificultades diagnósticas se han desarrollado diversas escalas para tamizaje de la depresión en este grupo de pacientes (13). El empleo de estos instrumentos ha sido en ocasiones cuestionado ya que su mal uso puede llegar a convertir el diagnóstico clínico de depresión en una simple puntuación obtenida en una encuesta. Estas escalas e instrumentos nunca podrán sustituir a la realización de una buena historia clínica estructurada, sin embargo tienen la ventaja de que permite a los médicos no especialistas en psiquiatría una obtención sistematizada de los síntomas depresivos más comunes

### **3.5 Factor de riesgo para depresión en el adulto mayor.**

Un factor de riesgo puede definirse como la característica biológica o hábito que permite identificar a un grupo de personas con mayor probabilidad que el resto de la población general para presentar una determinada enfermedad a lo largo de su vida.

La importancia de los factores de riesgo radica en que su identificación permitirá establecer estrategias y medidas de control en los sujetos que todavía no han padecido la enfermedad (prevención primaria), o si ya la han presentado prevenir o reducir las recidivas (prevención secundaria) (24).

La depresión del anciano, Independientemente de la forma clínica que adopte, ha de considerarse como el resultado de la conjunción de varios factores que actúan en el terreno personal de cada paciente, interacción biológica, psicológica y social. La etiología, por tanto sea relacionada con diversos procesos tales como aspectos biológicos, experiencias tempranas de la vida, eventos estresantes, estilos cognitivos, y pérdida de apoyo (13). Los principales factores de riesgo para desarrollar depresión en el adulto mayor son edad, estado civil, genero, ocupación, dependencia funcional, vivir solo, pluripatología (comorbilidad), escolaridad (13)

### **3.5.1 Edad**

En un estudio realizado en Barcelona España en el año 2000 por Martí D. y cols.,(18) reportan que la edad fue la única variable significativa, menores de 75 años presentaron depresión; también en Barcelona España en al año 2001 García MJ y cols., (25) encontraron como factor de riesgo el tener e75 años. También el estudio realizado en Guadalajara, España en 2007, por Urbina y cols., en 417 pacientes adultos mayores, encontraron que los síntomas depresivos aumentaban con la edad además eran de mayor edad el 67,2% de los que tenían más de 80 años. La mayoría de la población 47,2% tenía edades comprendidas entre 70 y 80 años, y los mayores de 85 representaban un 12,7% de la población (37). Aunque existen estudios que señalan que la depresión parece ser mas importante en términos

numéricos, entre los ancianos mas viejos, existen otros muchos estudios que señalan cifras similares de depresión entre ancianos mayores de 75 años y aquellos entre 65 y 74.(10) Bello et al. (2005) han observado una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de 4.5%, con 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres. La prevalencia de depresión sube conforme la edad avanza (8).

### **3.5.2 Estado civil:**

Aranda y cols., en 2001 realizaron un estudio en Guadalajara Jalisco con 335 ancianos observaron que un gran porcentaje (91,9%) de 335 personas estudiadas carecen de cónyuge, pero de los que sí cuentan con éste, el 5,7% refiere tener poco o nada frecuente contacto con dicho cónyuge. Al cruzar las variables entre las redes sociales de apoyo con los datos generales (género, edad, estado civil y escolaridad), se encontró asociación significativa ( $p < 0,05$ ) entre el cónyuge con el estado civil y el género femenino. Por otro lado, al asociar tipo de apoyo se observó relación significativa entre el cónyuge con estado civil y escolaridad; de los hijos con el género y el estado civil, y otros familiares con estado civil (26). La muestra estudiada fue de 123 paciente al contrastar por medio de chi cuadrada el grado de depresión de acuerdo al estado civil: mayor frecuencia en casados 67 (55.4%) y predominando los estados de depresión leve (15).

### **3.5.3 Genero:**

La depresión es dos veces más común en mujeres que en hombres. Existen elementos biológicos –como el propio ciclo de vida– o factores hormonales y psicosociales que son únicos de la mujer, y ello puede estar relacionado con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Sabemos que las

hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Por ejemplo, las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un breve episodio de tristeza transitoria, pero algunas sufren de depresión posparto, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre; Durante la transición a la menopausia, algunas mujeres experimentan un mayor riesgo de sufrir depresión. Los científicos están explorando la forma en que la elevación y la disminución cíclicas del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química del cerebro relacionada con la enfermedad depresiva. Además, muchas mujeres enfrentan el estrés adicional del trabajo y de las responsabilidades del hogar, el cuidado de hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza y tensión en sus relaciones de pareja. Aún no está claro por qué algunas mujeres que enfrentan desafíos inmensos padecen depresión, mientras que otras con desafíos similares no la padecen. La sintomatología depresiva es mayor en mujeres que en hombres, aunque esta diferencia es menos marcada para las formas severas de depresión. Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras y que tienen el sueño alterado; mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad o culpa excesiva. Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol o a las

drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, enojados o a veces hasta por ser abusivos. Algunos hombres se escudan en sus trabajos para evitar hablar de su depresión con la familia o los amigos; también pueden mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Si bien es cierto que son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio (27).

En el año 2004 Campos y cols., (28) en Barcelona España no encontraron diferencias significativa en relación al genero en un grupo de 103 pacientes de un centro socio sanitario y soporte domiciliario, resultados similares son reportados en Barcelona España en el año 2000 por Martí D. y cols., (11) también en Barcelona España en el año 2001 García MJ y cols., (25) reporta como factor de riesgo el pertenecer al genero femenino 45%, comparado con un 13% en los hombres. En un estudio realizado en Vizcaya España por González C.revelo que de acuerdo al genero, los hombres domiciliados es mas frecuente la sintomatología depresiva leve 36.2%, frente al 3.9% que sufría de depresión grave (29).

#### **3.5.4 Ocupación:**

En Medellín Colombia se realizo un estudio con 100 personas jubiladas, encontrando una depresión en el 6%, siendo mayor en el sexo femenino, en jubilados más jóvenes y con menor tiempo de jubilación, en personas que no desempeñaban actividades laborales posteriores la jubilación (17).

Castro Lizárraga, 2006, encontraron que la prevalencia de depresión fue de 41.7%, se observó un riesgo fuerte para desarrollar depresión en los individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos, observándose un riesgo fuerte en

los que no desempeñan ninguna actividad laboral remunerada con una OR de 3.96, o sea, 296% (IC 95%; [1.34; 11.71]) más probabilidades de padecer depresión (30).

Merino R. y cols., en lo concerniente al nivel socio-económico, el 67.6% de la población en estudio era desocupada (roco). Lo cual es realmente preocupante ya que como es de nuestro conocimiento el trabajo, o por lo menos la ocupación, lleva a la buena salud y mantenimiento de la calidad de vida (31)

### **3.5.5 Dependencia funcional:**

En 1998 el consejo de Europa definió la dependencia como " el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas por la pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importante para realizar las actividades de la vida cotidiana". La dependencia no es exclusiva de las personas mayores, si bien es cierto que su incidencia aumenta con la edad (33).

### **3.5.6 Vivir solo:**

Tuesca Molina R. y cols., 2003 en su estudio realizado en Barranquilla España con 602 ancianos encontraron que la participación en grupos de socialización fue un factor protector (OR 0.5, IC 0.34-0.7) la soledad se comporto como un factor de riesgo para la depresión en el adulto mayor (34). García MJ y cols., 2001 en Barcelona España estudiaron 173 pacientes y el aislamiento del paciente al estar solo fue una variable muy importante como factor de riesgo para depresión (25).

El estudio realizado por Martínez-Mendoza JA y cols., en 2003 en el análisis bivariado existió asociación entre depresión y edad mayor de 80 años, sexo femenino, hospitalización en el servicio de medicina interna, dependencia, vivir solo y presencia de enfermedades crónicas degenerativas. En la regresión logística

persistió asociación con el sexo femenino, vivir solo, dependencia y estar hospitalizado en el área de medicina interna (16).

Aranda C. y cols., 2001 en Guadalajara Jal. México en 335 ancianos, observaron otras asociaciones entre depresión y redes sociales de apoyo, indicaron correspondencia entre depresión con la frecuencia de contacto, tipo de apoyo de familiares y amigos. Al analizar la asociación de la depresión con las redes de apoyo resultó una asociación significativa a la satisfacción con la relación con su red de apoyo  $p=0.0009$  (26).

Guallar-Castillon P y cols., 2006 encontraron que el estar solo en casa mas de 2 horas al día (OR 3.24, IC 1.93-5.45) representa un factor de riesgo para la depresión en el adulto mayor (42). García MJ y cols., 2000 en su estudio el aislamiento social presento ( $p=0.00006$ ). Al realizar el análisis multivariado (regresión logística) el nivel de estudio bajo ( $p=0.006$ ), dependencia para una o mas AVD  $P=0.008$  y el aislamiento social ( $p=0.00008$ ) fueron las variables que se asociaron a depresión (26). Castro Lizárraga, 2006 realizaron su estudio en México, con 1023 militares y encontraron como factor el vivir solo sin pareja  $OR>1$  pero  $p= 0.06$  (30).

### **3.5.7 Pluripatología (comorbilidad)**

La existencia de patología concomitante a menudo en la depresión coexiste con otras enfermedades. Éstas pueden presentarse antes de la depresión, causarla y/o ser el resultado de ésta. Es probable que la mecánica detrás del cruce entre la depresión y otras enfermedades difiera según cada persona y cada situación. No obstante, estas otras enfermedades concurrentes deben ser diagnosticadas y tratadas. Los adultos mayores suelen padecer condiciones médicas, tales como

enfermedades cardíacas, derrames cerebrales o algún tipo de cáncer, que pueden provocar síntomas de depresión. Igualmente, pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen (27). Muchas depresiones en el anciano se complican con otras enfermedades psiquiátricas y neurológicas subyacentes. (13). En un estudio realizado en el año 2007 en Guadalajara España por Urbina y cols., (35) encontraron una asociación significativa entre comorbilidad y depresión con un OR 2.38, IC 1.35-4.2. Martínez – Mendoza JA y cols., en el año 2007(16) en un estudio realizado en Torreón Coahuila México en el IMSS reportan la asociación de enfermedades crónicas degenerativas y depresión con un OR de 2.05 IC 1.05-4.2. La inactividad física, la dependencia económica y ser de género femenino mostraron un riesgo moderado para desarrollar depresión y la poli patología y la polifarmacia mostró riesgo débil para esta enfermedad (19).

### **3.5.8 Escolaridad:**

Castro Lizárraga, 2006 México, observaron que el tener menor escolaridad contribuye a mayor riesgo de desarrollar depresión  $p < 0.05$  (19). En otro estudio realizado por Martí D. y cols., 2000 la edad fue la única variable significativa  $p < 0.03$ . El resto como el género, comorbilidad capacidad funcional, función cognitiva, escolaridad no fueron significativas (11). García MJ y cols., 2000 factores que se asociaron de forma estadísticamente significativa. Género femenino ( $p = 0.0000009$ ), edad  $\geq 75$  años ( $p = 0.04$ ), analfabetismo ( $p = 0.01$ ). Dependencia para 1 o más actividades de la vida diaria  $P < 0.0000006$  con el índice de Katz. Aislamiento social ( $p = 0.00006$ ). De éstos factores al realizar el análisis multivariado (regresión logística) el nivel de estudio bajo ( $p = 0.006$ ), dependencia para una o más AVD  $P = 0.008$  y el



aislamiento social ( $p=0.00008$ ) fueron las variables que se asociaron a depresión. Ellos infieren que la asociación entre el nivel de estudios bajo y depresión se debe a la dificultad para entender ciertas preguntas (25).

#### **4. Planteamiento del problema:**

Los síntomas depresivos, tanto como la depresión, tienen un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del adulto mayor. En estudios se ha demostrado que los adultos mayores que viven en la comunidad afectados por este problema tienen mayor discapacidad física y social. Las consecuencias de los síntomas depresivos sobre las capacidades físicas pueden ser similares o incluso más importantes que las de muchas enfermedades crónicas, lo cual es más evidente cuando se conjugan con otras afecciones, como la demencia, o con una pobre red social, escasa autosatisfacción o sentimientos de soledad.

Es muy importante dar a conocer que el envejecer no es una enfermedad, es parte de un proceso, de cambios en la vida del individuo, así como su adaptación al mismo, lo que lleva en ocasiones a un mal diagnóstico del paciente que está presentando estos cambios en su proceso que puede manifestarse algunas veces enfermedades propias de la edad, otras agregadas por factores hereditarios, diagnosticándose de primera intención por el Médico como estado depresivo, en ocasiones otorgando un tratamiento, que a su vez no propiciará una adecuada mejoría al paciente, creando con ello un incremento paulatino y desfavorable en ambas partes, paciente-familia, médico. El adulto mayor debe recibir una atención integral tomando en cuenta sus factores de riesgo y otorgar un tratamiento apegado, a su propia realidad física y mental.

Debido al efecto de los síntomas depresivos sobre las capacidades del adulto mayor, el propósito de este trabajo fue investigar la relación entre la presencia de síntomas depresivos y el desarrollo de dependencia funcional en una muestra de adultos mayores mexicanos que viven en la comunidad. Ante esto nos planteamos lo siguiente ¿Cuáles son los factores Asociados a la depresión en el Adulto Mayor, de la Unidad de Medicina Familiar 13 de Saucillo Chihuahua?

### **5. Justificación:**

Con el aumento de los adultos mayores en el mundo se espera una mayor incidencia de múltiples enfermedades crónicas, entre las que se incluye la depresión. Es probable que esta última constituya la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez.

La depresión cada día tiene mayor importancia, y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados, por lo que el diagnóstico adecuado y oportuno permitirá dar manejo integral que incluye psicoterapia y tratamiento médico adecuado, lo que mejora de manera significativa la calidad de vida y el pronóstico de estas personas. Algunos factores son más evidentes que otros, pero el papel de cada uno de ellos en la aparición de estos fenómenos no se comprende del todo.

Es importante saber que existen factores asociados a la depresión, en el adulto mayor, para que el Médico de primer nivel pueda incidir de manera anticipada y preventiva en ella, así como en su adecuado manejo, ya que de no hacerlo existirá un impacto negativo en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios.

Existen pocos estudios en nuestro medio sobre la depresión en el adulto mayor por lo que es muy interesante no solo entender la enfermedad en éste grupo de edad sino además conocer los factores de riesgo asociados a ésta para establecer medidas especiales para orientar, capacitar y tratar a éste grupo de pacientes que cada día es mayor, así como la necesidad de otorgar atención médica integral.

## **6. Objetivo**

Objetivo General:

Identificar los factores asociados a depresión en el adulto mayor en la unidad de medicina familiar 13 de Saucillo Chihuahua.

## **7. Hipótesis:**

El vivir solo es el factor que se asocia con mayor frecuencia a depresión en los adultos mayores de la unidad de medicina familiar No13 del IMSS de Saucillo Chihuahua.

## **8. Metodología**

### **8.1. Tipo de estudio:** Casos y controles

Casos: n=124 Hombres y mujeres de 65 y más años con diagnóstico de depresión.

Controles: n=124 Hombres y mujeres de 65 y más años sin diagnóstico de depresión.

### **8.2 Población, lugar y tiempo de estudio:**

Se estudiaron n=248 pacientes adultos mayores, hombres y mujeres de 65 años en adelante, que acudieron a consulta externa de la unidad de medicina familiar número 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Saucillo Chihuahua, durante el periodo de enero del 2010 a enero 2011.

### **8.3 Tipo y tamaño de muestra**

#### **Tamaño de la muestra**

Se calculó con apoyo del programa estadístico STATA 10.0 para Windows. (Stata Corp. Stata Statistical software. Release 10 College Station, Tx:stata), con las siguientes consideraciones, se tomó como variable de referencia “vivir solo” que de acuerdo al estudio de Martínez-Mendoza JA, 2007 (16), esta variable mostró una asociación significativa con la depresión (OR 2.68 IC 95% 1.15-5.74).

La proporción de pacientes que vivían solos y presentaban diagnóstico de depresión fue de 68.29%, en cambio la proporción de pacientes que vivían solos y no cursaban con diagnóstico de depresión fue del 47.21%.

La muestra se estimó con un nivel de confianza del 95% y un poder de prueba del 80%, el tamaño de la muestra mínimo a estudiar fue de n=124 casos y n=124 controles.

### **8.4 Criterios de selección**

#### **8.4.1 Criterios de inclusión:**

Adulto mayor –hombres y mujeres- mayores de 65 años derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la UMF 13 de Saucillo Chihuahua.

Que acepten participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado.

Se considerara caso: Todo adulto mayor que se le detecte depresión posterior a la aplicación de la escala de Yesavage.

Se considerara control: Todo adulto mayor que posterior a la aplicación de la escala de Yesavage no tenga depresión.

#### **8.4.2 Criterios de exclusión:**

Pacientes que no acepten participar en el estudio

Pacientes con discapacidad física o mental que les impida contestar la encuesta

Pacientes derechohabientes no adscritos a la UMF No 13 IMSS Saucillo, Chihuahua

#### **8.5 Variables**

##### **8.5.1 Dependiente:**

##### **Depresión**

Definición conceptual: Enfermedad mental en la cual se presenta un trastorno afectivo que provoca pérdida de vitalidad general interés y energía en el individuo.

Según el DSM IV, cinco o mas de los siguientes síntomas; en un periodo de 2 semanas o mas: humor deprimido o pérdida en el interés o placer, marcada disminución en el interés en casi todos los días o todos los días, pérdida significativa de peso sin dieta o ganancia de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotriz casi todos los días, fatiga o falta de energía casi todos los días, excesiva preocupación o culpa inapropiada y excesiva, no solo en autoreproche de estar enfermo, disminución en la habilidad para concentrarse, indecisión y fallas de memoria, pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas, los síntomas causan impedimento significativo en la vida social, laboral o en el funcionamiento.

Definición operacional: Para fines del estudio se considerara depresión en el adulto mayor cuando al aplicarse la Escala de Yesavage versión acortada reporte depresión en el adulto mayor.

Indicador: Sin depresión

Con depresión

Escala de medición: Nominal

### **8.5.2 Independientes: Factores asociados a depresión**

#### **Estado civil**

Definición conceptual: Condición de una persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara en cuenta el estado civil referido por el paciente en la encuesta.

Indicadores:

Soltero

Casado

Unión libre

Separado

Divorciado

Viudo

Escala de Medición: Cualitativa, Nominal

#### **Edad**

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona, cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana.

Definición operacional: Para fines de este estudio se considerara la edad como los años de vida cumplidos referidos por el paciente en la encuesta

Indicador: Años cumplidos

Escala de Medición: Cuantitativa

## **Genero**

Definición conceptual: Conjunto de caracteres genéticos, morfológicos y funcionales que distinguen a los individuos hombres de las mujeres. Condición orgánica.

Definición Operacional: Para fines de este estudio se captara el género referido por el paciente en la encuesta.

Indicador: Femenino o Masculino

Escala de Medición: Nominal

## **Dependencia física**

Definición conceptual: Se define como el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda considerables para realizar sus actividades de la vida diaria.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara en cuenta la presencia de una persona que intervenga directamente en el cuidado del individuo, incluso para la satisfacción de sus necesidades más básicas.

Indicador: si o no

Escala de medición: Nominal

## **Escolaridad**

Definición conceptual: Es el grado de estudios que cursa un individuo según el sistema educativo nacional.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara en cuenta la referida por el paciente en la encuesta.

Indicador:

Analfabeta

Sabe leer y escribir

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Medio superior incompleta

Medio Superior completa

Técnico

Profesionista

Escala de Medición: Nominal

### **Vivir solo**

Definición conceptual: Estatus social del individuo que no cuenta dentro de su vivienda con ningún otro tipo de persona de forma permanente y de la cual surja la convivencia cotidiana continúa.

Definición operacional: Para fines de este estudio lo referido por el paciente, tanto la pérdida del cónyuge, la separación de la pareja, la decisión de los hijos de dejar el seno familiar (nido vacío)

Indicador: si o no

Escala de Medición: Nominal



### **Pluripatología (comorbilidad)**

Definición conceptual: Es la presencia de tres o más enfermedades crónicas con diagnóstico médico en el adulto mayor.

Definición operacional: Para fines de este estudio se considerara pluripatologia cuando el paciente al momento de la encuesta refiera 3 o más enfermedades crónicas como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, artropatías, nefropatías, cardiopatías, enfermedad articular crónica degenerativa, enfermedad acido péptica.

Indicador: si o no

Escala de medición: Nominal

### **Ocupación**

Definición conceptual: Actividad, trabajo que desempeña cualquier individuo para recibir alguna remuneración, comprendida en la legislación mexicana, y la cual comprenderá diversos horarios así como percepciones, en base a cada una de ellas, contempladas en la ley federal de trabajo.

Definición operacional: Para fines de este estudio lo referido por el paciente en la encuesta.

Indicador:

Ninguna

Hogar

Obrero

Agricultor

Minero

Jubilados

Pensionados

Escala de Medición: Nominal.

## **8.6 Plan de análisis estadístico**

Los datos fueron analizados usando el programa estadístico STATA 10 para Windows. (Stata Corp. Stata Statistical software. Release 10 College Station, Tx:stata). Se realizó un análisis exploratorio para evaluar la cantidad de los registros, posteriormente un análisis uní y bi variado. Para las variables medidas de forma cuantitativa se utilizó la prueba t de student. Para evaluar las diferencias en las variables cualitativas se utilizó la prueba de  $\chi^2$  o exacta de FISHER. Se estimó la razón de momios para cada uno de los factores relacionados con la depresión en el adulto mayor (Edad, Estado civil, Género, Dependencia Física, Escolaridad, Vivir solo, Enfermedades crónicas, Ocupación).

Los factores que mostraron una asociación significativa fueron incluidos en un modelo de regresión logística múltiple y se fueron excluyendo uno a uno y que no mostraron una asociación relevante. Finalmente se presentó el modelo que mejor se ajustó con las variables que en nuestra población mostraron una relación significativa.

Se aceptó una diferencia significativa cuando el valor de p fue menor a 0.05.

## **8.7 Técnicas y procedimientos**

Se identificó a la población en estudio hombres y mujeres mayores de 65 años en la unidad de medicina familiar 13 del IMSS de Saucillo Chihuahua, que reunieron los criterios de inclusión, se les invitó a participar en el estudio, previa firma de

consentimiento informado, se les realizo un cuestionario para la recolección de datos y se aplico la Escala de Yesavage, versión corta de 15 ítems (para detectar depresión), posteriormente se realizo una base de datos en Excel, y finalmente se realizo el análisis estadístico de los resultados usando el programa estadístico STATA 10.0 para Windows. (Stata Corp. Stata Statistical software. Release 10.0 College Station, Tx:stata).

### **8.8 Consideraciones éticas**

El presente estudio se apego a las normas éticas de toda investigación biomédica según la declaración de Helsinki, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos de la SSA para su decisión y en todo momento se mantuvo confidencialidad de los datos, entregando formato de consentimiento informado. Y se respetaron los principios básicos de la carta de derechos humanos.

Este proyecto de investigación se realizo con el fin de conocer y demostrar cuales son los factores asociados a la depresión del adulto mayor de 65 años de edad en la UMF 13 del IMSS de Saucillo, Chihuahua.

Se mencionaron los datos al final del proyecto sin alterar las estadísticas por ser un estudio de casos y controles, en el cual no se manipulan las variables y no se hace daño alguno al adulto mayor de 65 años, por el abordaje que se realizo en la encuesta directa y por que no se efectuó experimento alguno.

## **9. Resultados**

### **9.1 Descripción de los resultados:**

El estudio se realizó en adultos mayores adscritos a la Unidad de medicina familiar número 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Saucillo Chihuahua. Se estudiaron  $n=248$  pacientes durante el periodo de enero 2011 a enero 2011.

En el grupo de control se incluyeron  $n=124$  (adultos mayores sin depresión de acuerdo a la escala de Yesavage). En el grupo de casos se incluyeron  $n=124$  adultos mayores a quienes se les detectó depresión durante el estudio a través de la escala de Yesavage.

Las características clínicas de la población en estudio se muestran en el Tabla 1. El promedio de edad para ambos grupos fue de 72 años. El género, la pluripatología y la escolaridad, fueron las características que mostraron diferencias estadísticamente significativa ( $p>0.05$ ).

La tabla 2 muestra la razón de momios cruda. Los factores de riesgo que mostraron asociación a depresión fueron: el género femenino con un OR 2.05 (IC= 1.2-3.4), la escolaridad con un OR 2.0 (IC=1.0-4.2) y la pluripatología o comorbilidad (OR 1.75, IC= 1.0-2.9), el resto de los factores como edad, estado civil, ocupación, vivir solo, dependencia funcional no fueron estadísticamente significativos.

El análisis de regresión logística saturada en la cual se fueron excluyendo uno a uno los factores que no mostraron una significancia estadística ( $p<0.05$ ) mostró que el género femenino fue el único factor que se asoció a depresión en el adulto mayor con un OR 1.92, IC 1.15-3.23 ( $p=0.01$ ).

La pluripatología o comorbilidad OR 1.0, IC 0.99-1.12 ( $p=0.05$ ) y la escolaridad OR 2.06, IC 0.99-4.24 (0.05), aunque el OR fue mayor a 1, el IC y el valor de  $p$  no fueron significativos.

En la figura 1 se muestra la pluripatología por género. La frecuencia observada fue mayor en el género femenino (30.8%) en el grupo de los casos y en el masculino en el grupo de los controles (20.5%).

Las enfermedades crónicas en los pacientes estudiados con y sin depresión se muestran en la figura 2 y 3. Los padecimientos encontrados con mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial, enfermedad articular degenerativa y diabetes mellitus tipo 2.

## 9.2 Tablas y figuras:

Tabla 1. Características clínicas de los adultos mayores en estudio

| Variable                                  | Caso<br>n=124<br>X | Control<br>n=124<br>X | Valor p |
|---|--------------------|-----------------------|---------|
| <b>Edad</b>                               | 72.6 ± 6.2         | 72 ± 5.9              | 0.22    |
| <b>Genero</b>                             |                    |                       |         |
| hombre                                    | 54 (43)            | 76 (61)               | 0.005   |
| mujer                                     | 70 (56)            | 48 (39)               |         |
| <b>Estado civil</b>                       |                    |                       |         |
| casado                                    | 78 (63)            | 90 (72)               | 0.19    |
| soltero                                   | 2 (2)              | -                     |         |
| viudo                                     | 40 (32)            | 29 (23)               |         |
| divorciado                                | -                  | 1 (0.8)               |         |
| unión libre                               | 4 (3)              | 4 (3)                 |         |
| <b>Vivir solo</b>                         |                    |                       |         |
| No  | 109 (88)           | 117 (94)              | 0.07    |
| Si  | 15 (12)            | 7 (6)                 |         |
| <b>Enfermedades crónico degenerativas</b> |                    |                       |         |
| No  | 71 (57)            | 87 (70)               | 0.03    |
| Si  | 53 (43)            | 37 (30)               |         |
| <b>Escolaridad</b>                        |                    |                       |         |
| Sabe leer y escribir                      | 98 (79)            | 110 (89)              | 0.03    |
| Analfabeta                                | 26 (21)            | 14 (11)               |         |

Tabla 2. Razón de momios cruda entre los factores de riesgo asociados a depresión en el adulto mayor

| Variable                     | Caso<br>n=124(%) | Control<br>n=124(%) | OR   | IC 95%      | p            |
|------------------------------|------------------|---------------------|------|-------------|--------------|
| <b>Edad (años)</b>           | 72.0 ±5.9        | 72.6±6.28           | 0.98 | 0.94 – 1.02 | 0.44         |
| <b>Estado civil</b>          |                  |                     |      |             |              |
| Unido                        | 78 (63)          | 90 (73)             | 1.56 | 0.39 – 1.07 | 0.10         |
| No unido                     | 46 (37)          | 34 (27)             |      |             |              |
| <b>Genero</b>                |                  |                     |      |             |              |
| Femenino                     | 70 (44)          | 48 (39)             | 2.05 | 1.23 – 3.4  | <b>0.006</b> |
| Masculino                    | 54 (56)          | 76 (61)             |      |             |              |
| <b>Ocupación</b>             |                  |                     |      |             |              |
| Con ocupación                | 77 (62)          | 64 (52)             | 0.65 | 0.39 -1.07  | 0.09         |
| Sin ocupación                | 47 (38)          | 60 (48)             |      |             |              |
| <b>Dependencia funcional</b> |                  |                     |      |             |              |
| No                           | 112 (90)         | 119 (96)            | 2.55 | 0.87 – 7.4  | 0.08         |
| Si                           | 12 (10)          | 5 (4)               |      |             |              |
| <b>Vivir solo</b>            |                  |                     |      |             |              |
| No                           | 109 (8)          | 117 (94)            | 2.3  | 0.9 -5.8    | 0.07         |
| Si                           | 15 (12)          | 7 (6)               |      |             |              |
| <b>Pluripatología</b>        |                  |                     |      |             |              |
| Si                           | 53 (43)          | 37 (30)             | 1.75 | 1.03 -2.9   | <b>0.03</b>  |
| No                           | 71 (67)          | 87 (70)             |      |             |              |
| <b>Escolaridad</b>           |                  |                     |      |             |              |
| Si                           | 98 (79)          | 110 (89)            | 2.0  | 1.03 – 4.2  | <b>0.04</b>  |
| No                           | 26 (21)          | 14 (11)             |      |             |              |

OR = Razon de momios IC = Intervalo de confianza n = Numero de pacientes % = proporcion p = <0.05

Figura 1.

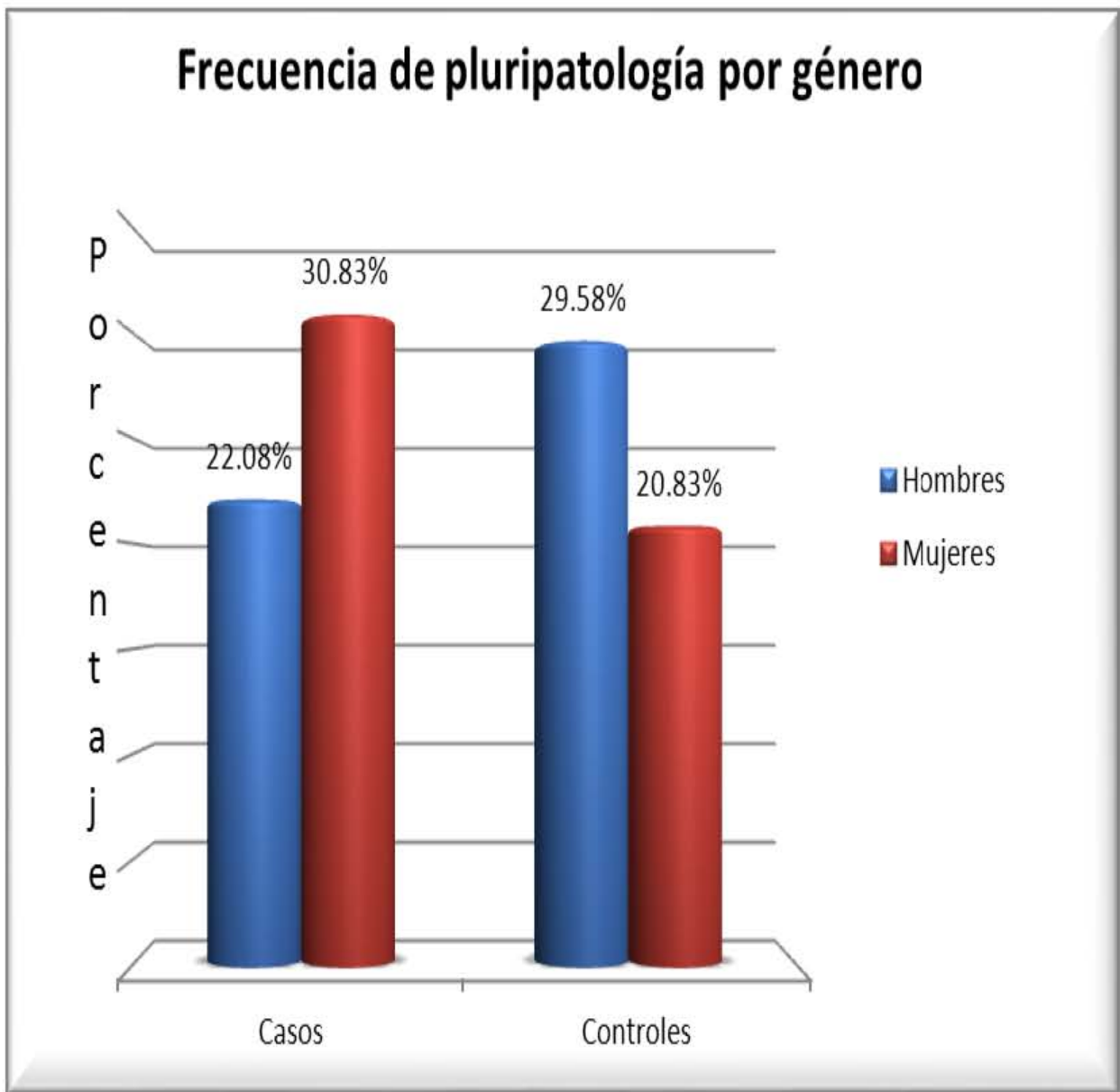




Figura 2.

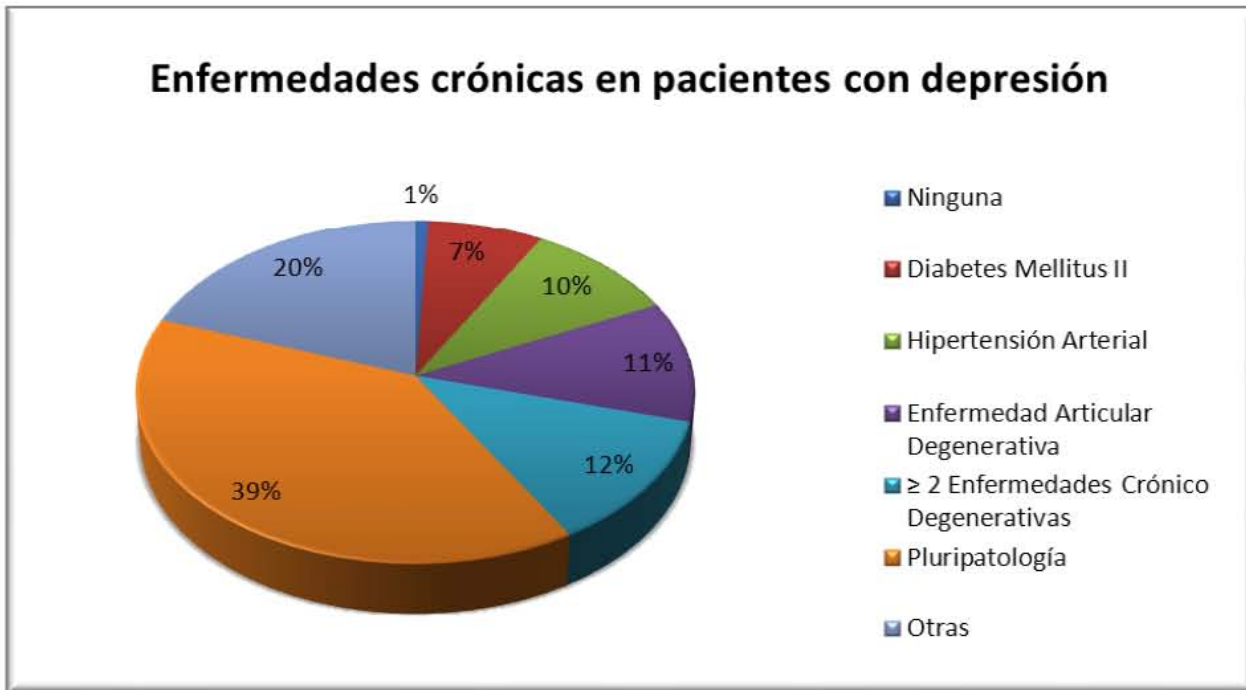
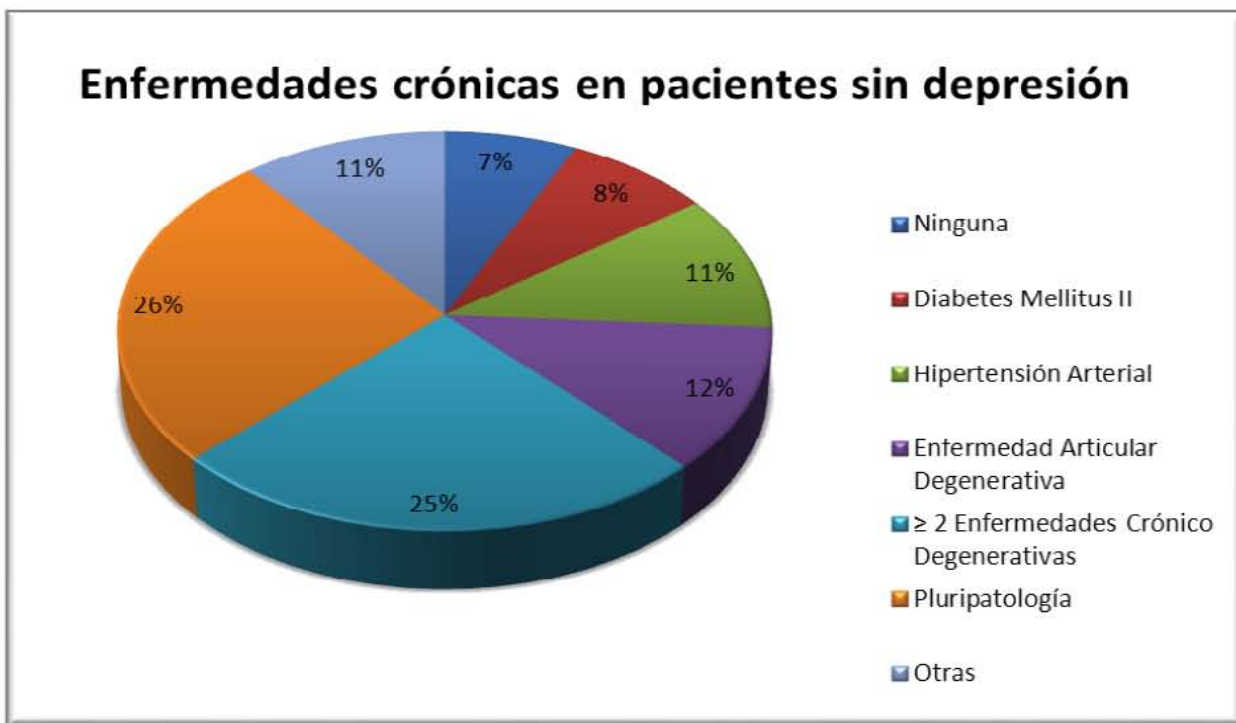


Figura 3.



## 10. Discusión

Nuestros resultados muestran que los factores de riesgo que se asociaron al obtener la razón de momios cruda fueron: el género, la pluripatología y la escolaridad baja. Al realizar el ajuste de éstos factores mediante la regresión logística el único factor que mostró asociación fue el género, la pluripatología y la escolaridad a pesar de tener OR mayor a 1, el intervalo de confianza y el valor de p no fueron significativos, quedando limítrofe.

Resultados similares a los informados por otros estudios. En cuanto al género, García MJ. y cols., (20); en el 2001 en España encontraron que el pertenecer al género femenino representa un riesgo significativo ( $p < 0.00$ ). En nuestro estudio si hubo diferencia estadísticamente significativa 56% de las mujeres tenían depresión en relación a 39% del grupo control ( $p = 0.005$ ) al realizar la regresión logística OR 1.92, IC 1.15-3.2 ( $P = 0.01$ ). Otros estudios difieren a nuestros resultados como Martí D. y cols (15); en el año 2000 en Barcelona y al de Campos y cols., en el 2004 en Barcelona España (21) donde no reportan diferencia significativo.

El tener baja escolaridad es un factor de riesgo, en nuestro estudio se clasifico entre los que no saben leer y escribir y los que si saben leer y escribir, encontramos que 26 (21%) de los pacientes tienen depresión comparado con 14(11%) al realizar el análisis multivariado mostró un OR 2.06, IC 0.99-4.24 ( $p = 0.05$ ), lo cual indica que no existe asociación aunque se encuentra con OR mayor de 1 pero IC y valor de p no significativo, resultados similares a los de Martí D. y cols., (15); en el año 2000 en Barcelona España donde no se encontró diferencia significativa; y al Campos y cols., (21) en el 2004 en Barcelona España quienes estudiaron 103 pacientes

institucionalizados y encontraron que el no tener estudios se asocia a depresión ( $p=0.058$ ). A diferencia García MJ. y cols., (20); 2001 en Barcelona al análisis multivariado reportan el nivel de estudios bajos relacionado con depresión con un valor de  $p=0.006$ .

La asociación de pluripatología (>3 enfermedades crónicas) al igual que la escolaridad a pesar de tener OR ajustado de 1.6, el intervalo de confianza y el valor de  $p$  no mostraron asociación significativa ( $p = 0.054$ ). En un estudio realizado en la ciudad de México, DF en 1023 militares retirados Castro Lizárraga y cols., en el 2006 (14), muestran la asociación de pluripatología OR 1.57 ( $p=0.0141$ ). Urbina JR y cols., (23) en 2007 en Guadalajara España reportan la asociación de comorbilidad OR 2.38 ( $p = 0.001$ ), observando como principal patología EPOC, enfermedades osteomusculares y diabetes. Martínez Mendoza JA y cols., (36) en 2003 muestran una asociación entre depresión y el tener enfermedades crónico degenerativas OR 1.85 ( $p=0.016$ ).

En cuanto a la edad en nuestro estudio no se observaron diferencias significativas entre el grupo con depresión y sin ella  $p=0.22$  a diferencia de lo reportado por otros autores. Martí D. y cols., en el año 2000 en Barcelona España (15); reportaron como única variable significativa la edad (74) con un valor de  $p<0.03$ . También en el año 2001 en Barcelona España García MJ. y cols., (8) reportaron la edad como un factor de riesgo asociado a depresión ( $\geq 75$  años) con un valor de  $p=0.04$ . También en un estudio realizado en Guadalajara Jal. México en el año 2001 por Aranda C. y cols.;(16) en 335 ancianos encontraron un resultado significativo entre depresión y edad  $p=0.012$

El estado civil soltero (no unido) también es un factor de riesgo para presentar depresión en el adulto mayor, en nuestro estudio reporto que el estado civil (no unido) 46 (37%) tenían depresión, y 34 (27%) no tenían depresión, aunque existe tal diferencia OR 1.56 esta no fue significativa  $p=0.103$ ; Resultados similares reportan en estudios realizados en 511 adultos mayores del ejercito y fuerza aérea mexicana Castro Lizárraga M y cols (37); en el 2006, donde reportan como factor de riesgo a los que no tenían pareja sentimental  $OR>1$ , sin embargo el valor de  $p=0.0639$

Estudios reportan que el no desempeñar ninguna actividad laboral remunerada, es un factor de riesgo par depresión en el adulto mayor., Castro Lizárraga M. y cols., (37); en el 2006 reportan un OR 3.96 lo que nos indica mas posibilidades de padecer depresión  $p=0.0076$ , en nuestro estudio al análisis Bivariado no se encontró tal asociación  $OR<1$ , creemos que esto se debe por ser una población rural se cuenta con el apoyo económico familiar, mas redes de apoyo, así como apoyo gubernamental.

Bello M. y cols., (19) en el año 2003, realizaron un estudio para valorar la prevalencia y diagnostico de depresión en población adulta en México, reportaron que la condición de desempleo resulto significativamente asociada únicamente en el sexo masculino RM 1.7.

La dependencia funcional es un factor de riesgo para depresión en el adulto mayor, nosotros encontramos que 12(10%) de los pacientes con depresión si tienen dependencia funcional comparado con los 5 (4%) que no tienen depresión OR 2.55 diferencia que no fue estadísticamente significativa. García MJ. y cols., en el 2001 (20) en Barcelona España estudiaron 73 pacientes y reportan que cuando el adulto

mayor tiene dependencia para una o mas actividades de la vida diaria se relaciona en forma significativa con depresión  $p=0.008$ ; campos y cols (21) en el año 2004 en Barcelona España estudiaron la dependencia de acuerdo la dependencia de acuerdo al índice de Barthel y solo fue significativa para el grupo de pacientes hospitalizados ( $p=0.03$ ).

El vivir solo representa en nuestro estudio un factor de riesgo OR 2.3 pero sin significancia estadística  $p=0.074$ ; resultados como los de Martínez Mendoza JA. y cols., en un estudio realizado en el 2003 en pacientes hospitalizados en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón Coahuila, México reportan que el vivir solo es un factor de riesgo para depresión siendo estadísticamente significativo OR 2.41 y una  $p=0.012$ (36). García serrano MJ. y cols., (20) en 2001 reporta que los pacientes con aislamiento social 14 (70%) tenían una depresión (Yesavage e11), comparado con 6(30%) depresión leve (yesavaged10) con un valor  $p=0.00006$ ). Castro Lizárraga y cols., en el 2006 (14) en la ciudad de México, DF. reportan que el vivir solo (sin pareja) es un factor de riesgo con un OR  $>1$  pero sin significancia estadística  $p=0.06$ . Guallar-Castillon P. y cols., 2006 en la ciudad de Madrid España, estudiaron 433 pacientes, que ingresaron al servicio de urgencias, y reportan que el estar solo en casa mas de dos horas al día es un riesgo que se asocia a depresión OR 3.24.

## **11. Conclusiones**

Nuestro estudio reporta que el único factor que mostró asociación a depresión en el adulto mayor con razón de momios cruda fueron el género femenino, la pluripatología y el tener baja escolaridad posterior al ajuste con regresión logística solo el género femenino, fue estadísticamente significativo, la pluripatología y el tener una baja escolaridad quedaron con valor limítrofe.

Los factores que representan un riesgo pero no una asociación significativa fueron el estar soltero, la dependencia funcional y el vivir solo. Por lo anterior y por la etapa de transición epidemiológica que estamos viviendo; los médicos familiares y de primer contacto debemos estar preparados para otorgar una adecuada atención a nuestros pacientes adultos mayores, actuando de forma anticipatoria identificando en el adulto joven los factores de riesgo y llevar así a la promoción de un envejecimiento exitoso, y de esta manera poder disminuir la incidencia que se espera de la depresión en adultos mayores en los próximos años en México.

## 12. Referencias bibliográficas

- 1.- Márquez E, Soriano S, García A, García F, Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Atención Primaria. Rev. Med IMSS 2005;36:345-354.
- 2.- Novelo L.H. Situación Epidemiológica y Demográfica del Adulto mayor. Rev de Sal Pub y Nut [Publicación Periódica Online] 2003 Ene-Mar.  
Disponible: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-52003/index.html>.
- 3.- Muñoz O, García C, Duran L. Temas y debates. En: La salud del adulto mayor México D.F. Instituto Mexicano del Seguro social, ISBN968-7346-93-0-2004(1):203-209.
- 4.- Ávila-Funes JA, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud Pública Mex 2007; 49:367-375.
- 5.- Sistema nacional de información en salud (SINAIS). México: Secretaría de Salud. En línea <http://www.sinais.salud.gob.mx>. Fecha revisión 23/10/2011.
- 6.- Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. IMSS 2009;1:1-15 (Octubre).
7. - World Health Organization. Depression. Geneva. 2007. Citado 1 Octubre 2007; Disponible: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)
- 8.- Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Mex 2005; 47 (1):S4-S11.

- 9.- Antón M, Gálvez N, Esteban R. Depresión y ansiedad en la sociedad española de geriatría y gerontología. Tratado de Geriatría para residentes. Madrid, International Marketing y Communication, S.A.2006;2:243-249.
- 10.- Martínez-Larrea Ja. Síndromes depresivos asociados a deterioro cognitivo. Anales Sis san Navarra 2002;25(3):105-115.
- 11.- Martí D.; Millares R.; Llorach I.; Garcia-Palleiro P.; Esperanza A.; Guillem J. Cervera A.M. Depresión en el adulto mayor. Rev. Esp. Geriatr Gerontol 2000;35 (1):7-14).
12. - NHI Consensus Development panel on depression in late life.Diagnosis and treatment of depression in late life. JAMA 1992;268:1018-24.
- 13.- Castro M.; Ramírez S.; Aguilar L.; Díaz V. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. Revista neurológica, neurocirugía y psiquiatría. 2006;39:132-137.
- 14.- Avila-Funes JA, Garant MP, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimenticios en adultos mayores de México. Rev Panam salud publica 2006;19:321-340.
- 15.- Tapia-Mejía MS, Morales-Hernández JJ, Cruz-Ortega RM, De la Rosa-Morales V. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. Rev. Enferm IMSS 2000; 8:87-90.
- 16.- Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel-Molina CG, Velasco-Rodríguez VM, Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev. Med Inst. Mex Seguro Soc. 2007; 45:21-28.



- 17.- Patiño FA. Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia, Medellín Colombia. 2006;(1):10-69.
- 18.- Ramón F, Guridi M. Medina A, Dorta Z. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. Revista cubana de la salud 2007;(1):1-30.
- 19.- Martín M, Baca Baldomero E, Álvarez E, Bousoño M. Eguiluz I, Roca M, Urretavizcaya M. depresión a largo plazo en pacientes geriátricos. Actas Esp Psiquiatr 2008;36(Supl. 2):62-65.
- 20.- Esquivel RI, Jiménez J, González-Celis AL, Gazano AA. Efectos de la depresión en la percepción de salud bucal y calidad de vida en adultos mayores 2006;2:62-68.
- 21.- Pando-Moreno M, Aranda Beltrán C, Alfaro N, Mendoza Roaf. P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. Rev Esp Geriatr. Gerontol 2003;36(3):140-144.
- 22.- Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, García-González JJ, Espinel-Bermúdez C, Gallo JJ, Wagner FA, Vazquez-Estupiñan F, García-Peña C. Usefulness of two instruments in assessing depression among elderly Mexicans in population studies and for primary care. Salud Pública Mex 2008;50:447-456.
- 23.- Bojorquez-Chapela I, Villalobos-Daniel VE, Manrique-Espinoza BS, Tellez-Rojo MM, Salinas-Rodríguez A. Depressive Symptoms among poor older adults in México: prevalence and associated factors. Rev. Panam Salud Pública 2009;26:70-77.
- 24.- Martínez –Vila E, Irimia P. Factores de riesgo del Ictus. ANALES Sis San Navarra 2000;3:23-25.
- 25.- García M.J.; Tobías J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo; Atención Primaria Vol.27. 2001;7:484-484.

- 26.- Aranda C.; Pando M.; Flores M.; García T. Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. Rev. Psiquiátrica Fac Med Barna 2001; 28(2):69-74.
- 27.- Nance D. Depresión en adultos mayores en: envejecimiento humano; Una visión transdisciplinaria. México: instituto de Geriatria, ISBN978-607-460-121-3,2010; pp. 239-248.
- 28.- Campos J.; Ardanaz J.; Navarro A. Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos: un centro socio sanitario y un programa de soporte domiciliario Rev. Esp Geriatr Gerontol 2004;39(4); 232-239.
- 29.- González M.; Depresión en ancianos: Un problema de todos Rev. Cubana Med Gen Integr 2001; 17(4):316-20.
- 30.- Ramos JA, Montejo ML, Lafuente R, Ponce de León C, Moreno A. Validación de tres procedimientos para diagnosticar depresión en ancianos. Rev. Esp Geriatr Gerontol 1993;28:275-9.
- 31.- Organización de las Naciones Unidas (ONU): Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Documento introductorio. Consideraciones demográficas. Viena, Julio-Agosto 1982;1:1-210.
- 32.- Gallego-Monje C. Vejez y protección social a la dependencia en Europa. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (revista electrónica) 2001;30:1-68. [Consultado 12 febrero 2007].
- 33.- Merino Ronald, Varela Luis, Manrique de Lara G. Evaluación del paciente geriátrico hospitalizado. Orientado por problemas: Estudio prospectivo de 71 casos. Rev Med Hered 1992;3:51-59.

- 34.- Tuesta y cols., Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia Rev. Esp Salud Pública 2003; 77:595-604.
- 35.- Urbina J.; Flores J.; García M.; Torres L.; Torrubias R. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit. 2007; 21(1):37-42
- 36.- Martí D, Millares R, Llorach I, Garcia-Palleiro P, Esperanza A., Guillen J, Cervera A.M. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia. Rev. Esp. Geriatr Gerontol 2000;35 (1):7-14.
37. - Izal M, Montorio I. Adaptation of the geriatric depression scale in Spain: A preliminary study. Clin Gerontol 1993;13:83-91.
38. - Montorio I, Izal M. The geriatric depression scale: A review of its development and utility. Int Psychogeriatric Assoc 1996;8:103-12.
39. - Williams EI, Wallace P. Health checks for people aged 75 and over. Occasional Paper 59. London: Royal College of General Practitioner 1993;(1)36-90.
- 40.- Paykel ES, Priest RG. Behalf of conference participants Recognition and management of depression in general practice: Consensus statement. Br Med J 1992;305:1198-202.
41. - Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1983;17:37-49.
42. - Zung WWK. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 1965;12:63-70.

43.- Guallar-Castillon P. y cols; Prevalencia de depresión y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardíaca en España Rev. Esp Cardiol. 2006;59(8):770-778.

## 13. Anexos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Carta de Consentimiento Informado Para Participación

En proyectos de Investigación Clínica

Lugar y Fecha: Ciudad Saucillo Chihuahua a de \_\_\_\_\_ del 2010.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Factores Asociados a la Depresión del Adulto Mayor...

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC: Unidad Medica Familiar No. 13.

El objetivo del estudio es: Conocer los factores Asociados a depresión en el Adulto mayor . Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar una encuesta.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: Ninguno.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_

Dr. Bulmaro Antonio Parra Solís

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y firma del Investigador principal

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testigo

Testigo

## ANEXO 2

Escala de Depresión de Yesavage (Versión reducida)

Folio \_\_\_\_\_

|    |  | RESPUESTA    | CALIFICACIÓN |
|----|--|--------------|--------------|
| 1  | ¿Esta satisfecho con su vida?                                      | SI=0 NO=1    |              |
| 2  | ¿Ha renunciado a muchas actividades a causa de su estado de ánimo? | SI=1 NO=0    |              |
| 3  | ¿Siente que su vida esta vacía?                                    | SI=1 NO=0    |              |
| 4  | ¿Se encuentra a menudo aburrida/o?                                 | SI=1 NO=0    |              |
| 5  | ¿Tiene a menudo buen ánimo?  | SI=0 NO=1    |              |
| 6  | ¿Teme que algo malo le pase?                                       | SI=1 NO=0    |              |
| 7  | ¿Se siente feliz muchas veces?                                     | SI=0 NO=1    |              |
| 8  | ¿Se siente a menudo abandonada/o?                                  | SI=1 NO=0    |              |
| 9  | ¿Prefiere quedarse en casa a salir?                                | SI=1 NO=0    |              |
| 10 | ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?   | SI=1 NO=0    |              |
| 11 | ¿Piensa que es maravilloso vivir?                                  | SI=0 NO=1    |              |
| 12 | ¿Le cuesta trabajo iniciar nuevos proyectos?                       | SI=1 NO=0    |              |
| 13 | ¿Se siente llena/o de energía?                                     | SI=0 NO=1    |              |
| 14 | ¿Siente que su situación es desesperada?                           | SI=1 NO=0    |              |
| 15 | ¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?                        | SI=1 NO=0    |              |
|    |  | <b>Total</b> |              |

**Interpretación: 0 A 5 Sin depresión**

**6 A 9 Depresión leve**

**10 A 15 Depresión establecida**

**Interpretación: Paciente con depresión: \_\_\_\_\_**

**Interpretación: Paciente sin depresión: \_\_\_\_\_**

### ANEXO 3

#### Hoja de recolección de datos

Folio\_\_\_\_\_

#### **Datos generales del paciente:**

Nombre

\_\_\_\_\_

Número de

afiliación\_\_\_\_\_Consultorio\_\_\_\_\_Turno\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_Domicilio\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_años cumplidos.

#### **Estado civil**

1 ( ) Soltero                      4 ( ) Divorciado

2 ( ) Casado                      5 ( ) Separado

3 ( ) Unión libre                6 ( ) Viudo

#### **Genero**

( ) Femenino 1                ( ) Masculino 2

#### **Ocupación**

1 ( ) Ninguna                    4 ( ) Agricultor                7 ( ) Pensionado

2 ( ) Hogar                      5 ( ) Minero                    8 ( ) Otra\_\_\_\_\_

3 ( ) Obrero                    6 ( ) Jubilado



**¿Depende de alguien para realizar sus actividades cotidianas?** (levantarse, comer, caminar, bañarse, etc.)

1)  Si

2)  No

¿De quien (es)? \_\_\_\_\_

**¿Vive solo?**

1) Si

2) No

¿Con quien? \_\_\_\_\_

**¿Presenta 3 o más enfermedades crónicas?**

1)  Si

2)  No

**¿Que escolaridad tiene?**

1) Analfabeta ( )

5) Medio superior incompleta ( )

2) Sabe leer y escribir ( )

6) Medio superior completa ( )

3) Primaria incompleta ( )

7) Técnico ( )

4) Primaria completa ( )

8) Profesionista ( )

**Condición actual del paciente:**

Diagnósticos-conocidos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Investigador principal: Dr. Bulmaro Antonio Parra Solís.