



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 48  
CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA**

**DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR,  
DE LA UMF NO. 37 DEL IMSS, CD. ASCENSION, CHIHUAHUA.**

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

**PRESENTA:**

**DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ**

**CIUDAD JUÁREZ, CHIH.**

**2017**

**“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”**

**DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ**



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.

# DICTAMEN DE AUTORIZACION

MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

## Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 802  
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 11/08/2015

**DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR, DE LA UMF NO. 37 DEL IMSS, CD. ASCENSION, CHIHUAHUA.**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-802-14

ATENTAMENTE

**DR.(A). ANDRES JUAREZ AHUMADA**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

"DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR"

DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ

Depresión y factores asociados en el adulto mayor, de la UMF No. 37 del IMSS,  
Cd. Ascensión, Chihuahua, del 1 de abril del 2015 al 31 de enero del 2016.  
Presenta: Amelia Midory Makita Domínguez para obtener el grado de Especialista  
en Medicina Familiar.

**Autorizaciones:**



---

Dr. Humberto Campos Favela

Coordinador De Planeación Y Enlace Institucional Delegación Chihuahua.



---

Dr. Rene Alberto Gameros Gardea

Coordinador Auxiliar Médico De Investigación En Salud Delegación IMSS  
Chihuahua.



---

Dra. Cindy Gabriela Llerena García


Profesora Titular Del Curso De Especialización En Medicina Familiar Para Médicos  
Generales de Base del Instituto Mexicano Del Seguro Social, Cd. Juárez,  
Chihuahua.

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”  
DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”  
DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ

Depresión y factores asociados en el adulto mayor, de la UMF No. 37 del IMSS,  
Cd. Ascensión, Chihuahua, del 1 de abril del 2015 al 31 de enero del 2016.  
Presenta: Amelia Midory Makita Domínguez para obtener el grado de Especialista  
en Medicina Familiar.

**Asesores:**



Dra. María Dolores Meléndez Velázquez

Coordinador Clínico de Educación e Investigación Médica, Instituto Mexicano del  
Seguro Social, UMF 65, Cd. Juárez, Chihuahua.



Dr. Juan Leobardo Hernández Villa

Jefe del Departamento Clínico, Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF 56, Cd.  
Juárez, Chihuahua.

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”  
DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”  
DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ


**"DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO  
MAYOR, DE LA UMF NO. 37 DEL IMSS, ASCENSION,  
CHIHUAHUA"**

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

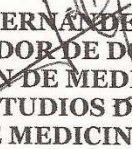
**PRESENTA**

**DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ**

**AUTORIZACIONES**



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**"DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR"**

**DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ**

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias; al Instituto Mexicano del Seguro Social por brindarme la oportunidad de crecer en mi vida profesional y apoyarme económicamente en el transcurso de la especialidad.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por aceptarme y permitirme realizar mi especialidad bajo su tutela.

Un agradecimiento muy especial a mi asesora, la Dra. María Dolores Meléndez Velázquez, por su disposición para ayudarme en todo momento, y por el tiempo que dedico para apoyarme en la realización de este trabajo.

También quiero brindar un agradecimiento muy especial a la Dra. Isis Claudia Solorio Páez, por el tiempo que dedico para la realización de este trabajo y por su disposición para ayudarme.

Gracias a Dios por permitirme concluir con éxito esta tesis, y por darme la oportunidad de tener y disfrutar a mi familia, ya que son mi principal motivación para seguir adelante.

Gracias a mi familia en especial a mis padres, Amelia Domínguez y Alfredo Makita, a mi esposo Alejandro Granados Chávez y mi hijo Alejandro Kazumi, por su apoyo incondicional, en cada decisión y proyecto de mi vida profesional.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

## INDICE

Portada	
Dictamen de Autorización	<b>1</b>
Hoja de firmas autorización por:	<b>2</b>
-Coordinador de Planeación y Enlace Institucional	
-Coordinador Auxiliar Medico de Investigación	
-Coordinador Clínico de Educación e Investigación de la Unidad	
Hoja de firmas autorización de Asesores	<b>3</b>
Hoja de firmas autorización directivos unidad educativa que avala especialidad	<b>4</b>
Agradecimientos	<b>5</b>
Índice	<b>6</b>
Resumen	1
1.Introducción	2
2. Marco teórico	3
2.1 Panorama del Envejecimiento	3
2.2 Envejecimiento y Depresión	4
2.3 Definición de Depresión	5
2.3.1. Clasificación de Depresión	5
2.3.2 Criterios Diagnósticos según la DSM-V	6
2.3.3 Panorama Epidemiológico de la Depresión	7
2.3.4 Cuadro Clínico de Depresión	8
2.3.5 Diagnóstico de Depresión en el Adulto Mayor	9
2.3.6 Tratamiento de Depresión	9
2.4 Factores de Riesgo para Desarrollo de Depresión	11
3. Justificación	15
4. Planteamiento del Problema	16
5. Objetivos	17
5.1 Objetivo general	17
5.2 Objetivos específicos	17
6. Material y Métodos	18
6.1 Diseño o tipo de estudio	18
6.2 Lugar	18
6.3 Tiempo	18
6.4 Descripción general del estudio	18
6.5 Cálculo de tamaño de la muestra	19
6.6 Criterios de selección de muestra	19
6.6.1 Criterios de inclusión	19
6.6.2 Criterios de exclusión	20



6.6.3 Criterios de eliminación	20
6.7 Operacionalización de variables	20
6.7.1 Variable Dependiente	20
6.7.1.1 Depresión	20
6.7.2 Variables Independientes	20
6.7.2.1 Funcionalidad familiar	21
6.7.2.2 Apoyo social	21
6.7.2.3 Comorbilidad asociada	22
6.7.2.4 Dependencia económica	23
6.7.2.5 Ocupación	23
6.7.2.6 Edad	24
6.7.2.7 Genero	25
6.7.2.8 Estado Civil	25
6.7.2.8 Escolaridad	26
6.8 Plan de Procesamiento y Análisis de Datos	27
6.9 Consideraciones Éticas	27
6.10 Recursos	27
6.10.1 Humanos	27
6.10.2 Físicos	28
6.10.3 Financieros	28
7. Resultados	29
8. Discusión	47
9. Conclusiones	50
10. Recomendaciones	52
11. Referencias Bibliográficas	54
12. Anexos	58
Anexo 1: Carta de Consentimiento Informado	58
Anexo 2: Encuesta (hoja de recolección de datos)	59
Anexo 3: Cronograma de actividades	62

## **DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR, DE LA UMF NO. 37 DEL IMSS, CD. ASCENSION, CHIHUAHUA.**

PRESENTA: AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ, ASESORES: DRA. MARIA DOLORES MELENDEZ VELAZQUEZ, DR. JUAN LEOBARDO HERNANDEZ VILLA

### **RESUMEN**

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la 4ta causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la 2da causa solo detrás de las enfermedades isquémicas.

Es una enfermedad crónica o recurrente que tiene consecuencias devastadoras en el adulto mayor. Entre algunos factores de riesgo asociados a la depresión se encuentran: factores genéticos, psicológicos y sociales.

**Objetivo general:** Determinar los factores asociados a depresión en los adultos mayores, en la Unidad de Medicina Familiar No. 37, del IMSS, Ciudad Ascensión, Chihuahua.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se realizó el estudio en 195 adultos mayores seleccionados al azar que cumplieron con los criterios de inclusión, aceptaron participar previa explicación y firma del consentimiento informado; se aplicó un instrumento de medición tipo cuestionario ya validado por expertos denominado Escala de Yesavage para detectar depresión de adultos mayores, la escala de DUKEUNC-11, para valorar apoyo social, Apgar Familiar para determinar funcionalidad familiar y cuestionario para conocer datos personales del participante.

**Resultados:** La frecuencia de depresión en el adulto mayor en la UMF 37 del IMSS fue de 52.82% siendo 31.3% depresión leve mientras que la depresión severa se encontró en un 21.5%; el riesgo de depresión se asoció a diferentes factores, encontramos mayor frecuencia de depresión en género femenino en un 31%, estado civil casados en un 67.17%, pacientes con nivel de escolaridad bajo, primaria incompleta en un 53.33%, ocupación en ama de casa en un 29.7%. en el análisis bivariado se encuentra la presencia de depresión hasta con 3 veces mayor el riesgo al adulto mayor con disfunción familiar  $p < 0.000$ , el adulto mayor sin apoyo familiar presenta 6 veces el riesgo de padecer depresión  $p < 0.000$ , mientras que la edad mayor a 70 años presenta hasta 8 veces más el riesgo de padecer depresión  $p < 0.000$ .

**Conclusiones:** El riesgo de depresión en el adulto mayor está más asociado a la dificultad para relacionarse con su entorno físico y afectivo, que a la condición biológica del padecimiento; situación que se podría prevenir si se refuerzan los lazos familiares y se promueve por un envejecimiento más activo y funcional.

**Palabras clave:** Depresión, adulto mayor, factores asociados.

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ

## I. INTRODUCCION

El envejecimiento es considerado un grave problema a nivel mundial ya que implica una mayor demanda de servicios de salud, el grupo de edad de mayores de 60 años presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad.

Los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada su alta prevalencia y su alto costo social y económico.

La depresión es la discapacidad mental de mayor, ocurrencia en los adultos mayores, afecta a 10% de los pacientes ambulatorios, de 15 a 35% de los que viven en casas hogar para ancianos, y de 10 a 20% de los hospitalizados.

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad.

El diagnóstico de la depresión en el adulto mayor es completamente clínico puesto que no existe algún marcador biológico o prueba 100% específica para hacerlo. Los criterios del DSM-V-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría son universalmente aplicados.

En el adulto mayor se pueden utilizar varias escalas para valorar su estado de salud en la depresión una de las más utilizadas y validada en diferentes países, para adultos mayores es la Escala de Yesavage para depresión geriátrica.

La depresión es tratable en el 65 a 75 % de los casos. El manejo efectivo requiere de un abordaje biopsicosocial combinado farmacoterapia y psicoterapia.

## II. MARCO TEORICO

### 2.1 PANORAMA DEL ENVEJECIMIENTO

En 1950 aproximadamente el 8 % de la población mundial era mayor de 60 años, para el 2000 esta cifra se incrementó al 10%, se espera que alcance un 21% para el 2050. (1,2).

México no escapa a este proceso también conocido como “envejecimiento global”, en el 2010 la población de adultos mayores, fue de 9.67 millones se espera que en el 2025 sea de 18.08 millones y para el 2050, alcance 35.96 millones, donde 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor. (1,2).

En México, existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta. El subdirector general de Asistencia e Integración social del DIF, Carlos Pérez López señaló que existe un incremento promedio anual de 180 mil adultos mayores y se prevé un aumento de 27 millones de este año hasta el 2050. El 80% de dicho aumento comenzara a partir del 2020.

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobrepasan los 90 años se denominan grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años, se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad, actualmente hay 4.86 millones de ancianos en el país. En 1970 el porcentaje de adultos mayores de 65 años, correspondía al 4%; para el año 2025, el porcentaje aumentará hasta el 10%, con alrededor de 12.5 millones de adultos mayores, para el año 2050, con un población de 132 millones, uno de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor (1, 6,7).

## 2.2 ENVEJECIMIENTO Y DEPRESION

Los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada su alta prevalencia, su alto costo social y económico (1).

Los adultos mayores por su vulnerabilidad, presentan cuatro discapacidades predominantes; la motriz, visual, auditiva y mental. De las discapacidades mencionadas, la mental está llamando la atención de todos los sectores (1,2).

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, por lo que se considera una de las principales causas de discapacidad. (1,2). La ocurrencia de depresión en los adultos mayores, afecta a 10% de los pacientes ambulatorios, de 15 a 35% de los que viven en casas hogar para ancianos, y de 10 a 20% de los hospitalizados. Además afecta a 40% de los individuos que padecen un problema somático y están en tratamiento por ello, y 50% de todas las hospitalizaciones en los centros psiquiátricos es por esta discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el 2020 será el mayor problema de salud en el mundo, por encima de todos los padecimientos de este grupo de edad. En México hay una escasez de estudios epidemiológicos en instituciones de atención médica a nivel nacional en diferentes instituciones de atención médica, en áreas de provincia registran proporciones de depresión en los adultos mayores de 15 a 62%. Asimismo, en investigaciones realizadas en el D.F. y zona metropolitana el rango de proporciones de episodios depresivos en adultos mayores es de 57.1 a 79.5% (3).

Cabe destacar que con frecuencia la depresión en el anciano no es detectada, sin embargo es un padecimiento potencialmente tratable, pero al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad, con riesgo alto de disfuncionalidad, mayor comorbilidades y mortalidad. Otro motivo por el que pasa desapercibida la depresión en los ancianos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no como una patología da como consecuencia que el suicidio tiende a presentarse más en los varones mayores

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ

de 80 años de edad y es mayor aún entre aquéllos que cursan con depresión psicótica, alcoholismo comórbido, abuso de sedantes-hipnóticos, discapacidad, o bien, pérdida reciente o duelo. El tratamiento oportuno y adecuado ha demostrado, reducir el riesgo de suicidio (4,5).

### **2.3. DEFINICION DE DEPRESION**

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria, incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad. Los estados de duelo y de tristeza, podrían sugerir patología depresiva. En ambos el humor es triste, con tendencia al pesimismo y a la desesperanza, pero se impone el diagnóstico diferencial en estos casos. La depresión se acompaña de un sentimiento profundo de inutilidad e incapacidad para experimentar placer; las personas que sufren depresión tienen un enlentecimiento o descenso en prácticamente todos los aspectos de la emoción y el comportamiento, así mismo las actividades básicas (alimentación, sueño y autocuidado) están afectadas, así como el curso del pensamiento, del lenguaje, y la sexualidad (7,8).

#### **2.3.1. CLASIFICACIÓN DE DEPRESION**

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana (6) (DSM V TR), y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud (8,9); estos han logrado consensar la nomenclatura psiquiátrica mediante una delimitación sindromática de entidades bien definidas; sin embargo, su rigidez ha reducido la visión del amplio rango de presentaciones clínicas que ofrecen los pacientes ancianos, quienes manifiestan síndromes atípicos, dificultando su diagnóstico y tratamiento.

En la práctica clínica predominan algunos síndromes:

- **Depresión menor:** corresponde a la antes englobada en el rubro depresión neurótica; comúnmente acompañada de ansiedad (9).
- **Depresión mayor** equivale, en términos generales, a la categoría antes denominada depresión atípica, psicótica y endógena. Basta recordar a la melancolía involutiva, acompañada de graves síntomas ansiosos, cuyo horario, predominantemente matutino, puede acompañarse de agitación y/o inquietud marcada (8,9).

### 2.3.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LA DSM-V-TR:

#### Crterios Diagnósticos Episodio Depresivo Mayor según DSM-V-TR:

El criterio diagnóstico de episodio depresivo mayor es al considerar cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

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

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

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

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

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

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

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

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

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

B Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto

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

D Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).

Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor (8,9).

### **2.3.3 PANORAMA EPIDEMIOLOGÍCO DE LA DEPRESION**

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la 4ta causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la 2da causa solo detrás de las enfermedades isquémicas. El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide.

Es importante considerar que el 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. La prevalencia de depresión registrada de otros estudios es diferente



según la metodología y la población de referencia utilizada, pero puede ser del 10 al 27%.

Como consecuencia, en Estados Unidos se documenta que la depresión genera un gasto anual de 43 mil millones de dólares y los ancianos deprimidos parecen tener una mayor susceptibilidad para las enfermedades crónicas y el deterioro funcional (8, 9). Entre otros, la incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la valoración de consulta externa y se incrementa a 40% en el egreso del paciente hospitalizado. Es así que, los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10 y el 20% de los hospitalizados, del 15 y el 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades (9, 10). Por último, se precisa que la depresión puede estar presente en las etapas iniciales de la demencia, con una incidencia entre 13 y el 21% (8,10).

#### **2.3.4 CUADRO CLÍNICO DE DEPRESION**

Como se comentó antes, la depresión en el anciano con frecuencia difiere en su presentación comparada con otras etapas de la vida, hay mayor comorbilidad, que oculta o disimula manifestaciones a través de quejas somáticas, así como a la presencia de deterioro cognoscitivo; erróneamente, se llega a considerar esto como parte del envejecimiento y no como un evento mórbido tratable. Valorar clínicamente a los ancianos, amerita un entrenamiento especial. Por ejemplo, detectar anergia o inhibición psicomotriz, no es fácil, ya que ese menor nivel de actividad, puede atribuirse al cúmulo de años. En la anergia, cambios bruscos, o una sensación constante de agotamiento aún en periodos de descanso, suelen ser indicadores certeros (8,11).

A pesar de los prejuicios de algunos médicos, no hay por qué considerar la anhedonia (menor disfrute de las situaciones), como un estado propio de los ancianos; para diagnosticarla, es necesario identificar primero aquellos aspectos de la vida que solía disfrutar el paciente, por ejemplo: ver televisión, recibir visitas, la compañía de los miembros más jóvenes de la familia, escuchar música,

etcétera, y posteriormente interrogarle sobre su capacidad de disfrute actual de tales situaciones.

El insomnio es un síntoma de los trastornos del ánimo, o llega a ser un factor de riesgo al aumentar la incidencia de depresión en la vida tardía; es por esto que es importante conocer los cambios que la función de dormir presenta con la edad. Para el anciano, se va acortando el tiempo total de sueño, y duerme menos en las etapas profundas, su sueño es fragmentado, con más despertares e inquietud en la cama, la latencia (tiempo que le toma quedarse dormido) es mayor, y su eficacia (relación entre el tiempo que duerme y el tiempo que pasa en la cama) es menor. En algunas personas se puede observar, una clara alteración en las funciones cognitivas como: enlentecimiento psicomotor y alteración de la memoria de trabajo, así como de las funciones ejecutivas (planificación, secuenciación, organización y abstracción) y disminución en la fluidez verbal (8,11).

### **2.3.5 DIAGNÓSTICO DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR.**

En el adulto mayor se pueden utilizar varias escalas para valorar su estado de salud en la depresión una de las más utilizadas y validada en diferentes países, para adultos mayores es la Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS). Tiene unas propiedades de validez y fiabilidad similares al resto de las escalas, pero su cumplimentación es más sencilla para los ancianos, especialmente su versión reducida de 15 ítems, también validada y utilizada en España. Una primera versión de la escala constaba de 30 ítems (GDS-30) en 1982, posteriormente se publicó una versión más corta con 15 ítems (GDS-15) en 1986 (8, 11,12).

### **2.3.6 TRATAMIENTO DE DEPRESION**

La depresión es tratable en el 65 a 75 % de los casos. El manejo efectivo requiere de un abordaje biopsicosocial combinado farmacoterapia y psicoterapia. El tratamiento de la depresión en el anciano no es homogéneo; requiere un abordaje altamente individualizado. Su historia personal y su comorbilidad particularizan el cuadro. Se afectan sus parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos, tanto

por cambios propios de su proceso de envejecimiento, como por patologías asociadas y sus respectivos tratamientos, modificando todo esto la respuesta a los antidepresivos. Importa hacer notar que el uso de antidepresivos en los adultos mayores es bajo, comparado con los reportes de depresión en este grupo etario, lo cual sugiere que la depresión es subdiagnosticada y poco tratada (13,14).

Partiendo de que los antidepresivos son semejantes en eficacia, al escoger alguno, es importante considerar su interacción farmacológica, efectos colaterales y vida media (13,14).

Se recomienda comenzar el tratamiento con una pequeña dosis y valorar gradualmente el rango de dosis terapéutica (“comience con dosis pequeñas y progrese lentamente”), a las seis semanas es recomendable haberle dado ya dosis terapéuticas, los niveles sanguíneos en los cuales los antidepresivos son cien por ciento efectivos parecen ser los mismos que en pacientes jóvenes (14,15).

El decremento de algunas funciones sensoriales como la agudeza auditiva y visual, puede sumarse a alteraciones cognoscitivas propias de la depresión, lo que llega a alterar la atención y la memoria. Esto hace necesaria la supervisión de un familiar responsable que apoye la adecuada administración de medicamentos.

El tratamiento farmacológico debe utilizar, como primera elección, en las siguientes situaciones, que constituyen las indicaciones de tratamiento farmacológico para cualquier grupo de edad, incluyendo el del adulto mayor.

- En las depresiones moderadas a graves, el tratamiento de primera elección es la administración de fármacos; existe consenso sobre este punto.
- Ante la presencia de síntomas psicóticos, melancólicos o atípicos.
- En los pacientes que han tenido un episodio depresivo previo, se les ha tratado con fármacos y han respondido.
- Cuando se plantea un tratamiento de mantenimiento a largo plazo.
- Cuando, por las razones que sea, no es viable el abordaje psicoterapéutico.

En los ancianos, la respuesta es similar a la de los adultos más jóvenes, pero tienen mayor sensibilidad a los efectos secundarios y mayor riesgo de interacciones medicamentosas, debido a las alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas propias del envejecimiento y por la presencia habitual de comorbilidad asociada y polifarmacia.

Antidepresivos tricíclicos este primer grupo de medicamentos son excelentes antidepresivos, pero tienen efectos secundarios que los hace poco recomendables en este grupo de edad. Uno de los medicamentos más utilizados es la Amitriptilina, en Adultos > 65 años: Inicialmente una dosis de 10 a 25 mg a la hora de acostarse, aumentando paulatinamente la misma hasta 150 mg/día.

Los inhibidores de la recaptación de serotonina, los fármacos que se pueden utilizar para depresión en el adulto mayor son: Fluoxetina dosis inicial 20 mg/día administrada por la mañana, Paroxetina dosis inicial 20mg/día administrada por la mañana, Sertralina la dosis terapéutica desde el inicio es de 50 mg una vez al día, y Citalopram dosis inicial 20mg/día (16,17).

## **2.4 FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE DEPRESION**

La depresión es un trastorno afectivo de origen multicausal que puede presentarse con diferentes grados de severidad. Entre los factores de riesgo asociados a la depresión se encuentran: factores genéticos, psicológicos y sociales. Se estima que entre 10 y 50 por ciento de los adultos mayores sufren de trastornos depresivos; entre alguno de los factores asociados se encuentran: factores demográficos, el género, escolaridad, estado civil, edad, ocupación, la enfermedad física, presencia de comorbilidades, el deterioro cognitivo, antecedentes personales de enfermedades mentales, factores sociales como son la dependencia económica, bajo nivel socioeconómico y baja funcionalidad familiar.

A continuación revisaremos alguno de estos factores de riesgo:

- Género es un factor de riesgo fiable para trastorno de depresión mayor (TDM) y para la mayoría de los trastornos de ansiedad. La prevalencia de

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ

depresión es mayor en mujeres; en ellas es aproximadamente el doble de la observada en los hombres (2:1); la mayor parte de los antecedentes, nacionales e internacionales, coinciden en esta diferencia; sin embargo, algunas divergencias en los estudios con relación al sexo, pudieran tener una explicación debido a las variaciones en las distribuciones socioculturales de las poblaciones (19).

- **Escolaridad:** Aún no está bien documentado, sin embargo existe una relación entre el nivel de escolaridad y la depresión en el adulto mayor, estudios realizados indican que a menor nivel de escolaridad, mayor es la probabilidad de riesgo de desarrollar depresión, ya que la autopercepción de salud es diferente, se ha reportado mayor frecuencia de depresión en personas con primaria o menos (18, 19, 21,24).
- **Deterioro cognitivo:** La teoría de la reserva cognitiva supone que no hay una relación directa entre la severidad de una patología neurológica y el efecto que ésta ocasiona en el funcionamiento cognitivo, de tal forma que una persona con mayor reserva cognitiva será capaz de resistir una patología más severa antes de que su desempeño cognitivo sea afectado, mientras que, una persona con menor reserva cognitiva mostrará alteraciones cognitivas ante patologías menos severas.
- **Edad:** Diversos estudios coinciden que la depresión es más frecuente en la primera mitad de la vejez (de los 65 a los 80 años) y su prevalencia se distribuye entre depresión y demencia, en la segunda mitad (desde los 75-80 años), Pattern, Sedwack y Russel en el año 2015, afirman que la mayor prevalencia de depresión incrementa con la edad y aseguran que a medida que incrementa la edad disminuye la posibilidad de ser diagnosticado. (21,25).
- **Estado Civil:** En un estudio realizado por Acosta Torres Clara, Palacios Ortiz Nelly, en el año 2008, el estado civil predominante en adultos mayores con depresión, fue el casado(a) (64%), seguido por la viudez (23%), soltería (9%) y sujetos divorciados (4%) (26).

- Ocupación: Diversos estudios realizados han demostrado que existe mayor frecuencia de depresión en (amas de casa) en un 40% a diferencia de los que trabajan por cuenta propia (18%), en su defecto lo que se ocupan en 'otras' actividades menos comunes se representa por un (19%); mientras que en los obreros, agricultores, ganaderos, técnicos y pescadores, fueron ocupaciones con baja frecuencia (26).
- Comorbilidades entre las más frecuentes asociadas a este padecimiento se encuentran: HTA (58,28%), seguida de las enfermedades articulares (31,65%), en un estudio realizado en Bogotá, en el año 2016 (26).
- Nivel socioeconómico bajo se considera factor de riesgo para depresión en el adulto mayor (51,9%), seguido de la clase media, con el 44,85%, mientras que los niveles socioeconómicos de clase alta tuvieron la frecuencia más baja, de depresión con un 3,25%, sin embargo la dependencia económica no está ampliamente documentada como factor de riesgo para depresión en el adulto mayor (26).
- Jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente "productivo", la viudez, enfermedades médicas asociadas, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos. Es común que ante estos fenómenos, la respuesta del sujeto vaya hacia el aislamiento, estableciendo una pobre interacción con su familia y sus amistades (12).
- Disfunción familiar son problemas frecuentes durante la vejez, en un estudio realizado en Tabasco, México en el año 2010, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión y disfunción familiar con una prevalencia del 49%, siendo predominante la disfunción moderada. En otro estudio realizado por Díaz-Tabares et, Bakker et y Somers, quienes hallaron que a mayor edad, aumenta la percepción negativa de la funcionalidad familiar; esto se debe al incremento en las demandas y expectativas de atención de parte de los adultos mayores hacia su familia (27). Los adultos mayores que poseen escasa red de apoyo

familiar y social, así como poco interés en la realización de actividades que involucren estrategias de socialización tienden a presentar más síntomas depresivos que quienes cuentan con una adecuada red de apoyo. Esto podría deberse a que al perderse capacidades integrativas y mentales se reduce la posibilidad de responder eficazmente ante el medio y su relación con los demás, perpetuándose así el autoaislamiento, la sensación de soledad y la baja autoestima. (23,25). La disfunción familiar y la depresión son entidades fuertemente asociadas, por lo que dada la frecuencia de presentación de ambas, se deben llevar a cabo actividades de cribado de éstas, con énfasis en los grupos de riesgo identificados, con el fin de poder ofrecer el tratamiento oportuno y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Esta disfunción familiar cual se puede medir utilizando el cuestionario de Apgar familiar; mientras que el apoyo social se puede medir mediante la utilización de la Escala de Duke-UNC-11 (5,12, 18).

### III. JUSTIFICACION

La depresión es un problema de salud mental de impacto social, en la medida que afecta significativamente en una determinada población. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS 2007) informó que la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo y en los adultos mayores, por lo que la depresión, representa el 6.6% como causa de discapacidad en este grupo.

Estudios epidemiológicos demuestran que la depresión en el adulto mayor se considera con un alta prevalencia ya que se reporta, a nivel mundial que al menos 7 de cada 100 adultos mayores tienen depresión y en México, el 9% de la población es mayor de 60 años; de ellos, al menos 11 de cada 100 han recibido diagnóstico de depresión, de acuerdo con un estudio Instituto Nacional de Geriátría con cifras de 2006; es importante que el médico de primer nivel de atención esté capacitado para identificar de una manera temprana este trastorno y poder otorgar un tratamiento oportuno, evitar la discapacidad y complicaciones asociados a esta enfermedad, conociendo la frecuencia del padecimiento en la unidad se podrán implementar medidas y tratamientos integrales para estos pacientes y sus familias.

Entre los factores de riesgo para desarrollo de depresión existen: Factores demográficos, el género, escolaridad, estado civil, edad, ocupación, la enfermedad física, o presencia de comorbilidades, el deterioro cognitivo, antecedentes personales de enfermedades mentales, así como factores sociales como son la dependencia económica, bajo nivel socioeconómico, la funcionalidad familiar y el apoyo social. El subdiagnóstico de depresión en el adulto mayor genera mala calidad de atención médica, con incremento de consultas, complicaciones falta de apego al tratamiento complicaciones de enfermedades crónicas degenerativas, discapacidad, morbilidad, mortalidad y altos gastos en atención médica.

Una atención oportuna en esta población permitirá disminuir número de consultas, costos económicos, discapacidad, morbilidad y mortalidad.

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ



#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número podría incrementarse si se presentan otros factores, como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Se sabe que a nivel mundial la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres.

En la Unidad de Medicina Familiar, no se conocen cifras reales de este padecimiento. La presente investigación surge de la necesidad de contar con información válida y confiable sobre los factores asociados con la depresión en el adulto mayor.

La importancia de identificar factores asociados, funcionalidad familiar y apoyo social permitirá conocer las características de la población de adultos mayores en Ascensión y poder en un futuro establecer intervenciones en la atención médica por lo que nos formulamos la siguiente pregunta:

**¿Cuáles son los factores asociados a depresión en el Adulto Mayor, en la Unidad de Medicina Familiar No. 37 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Ascensión, Chihuahua?**

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL.**

Determinar los factores asociados a depresión en los adultos mayores, en la Unidad de Medicina Familiar No. 37, del IMSS, Ciudad Ascensión, Chihuahua.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- 5.2.1 Determinar la edad en adultos mayores con depresión.
- 5.2.2 Identificar el género prevalente de depresión en el adulto mayor.
- 5.2.3 Identificar el estado civil, en adultos mayores con depresión
- 5.2.4 Determinar la escolaridad en los adultos mayores con depresión.
- 5.2.5 Conocer la ocupación de los adultos mayores con depresión.
- 5.2.6 Identificar dependencia económica el adulto mayor con depresión.
- 5.2.7 Identificar comorbilidades asociadas en el adulto mayor con depresión.
- 5.2.8 Identificar la frecuencia de Depresión en el adulto mayor.
- 5.2.9 Identificar los niveles de Depresión en el adulto mayor.
- 5.2.10 Identificar funcionalidad familiar en adultos mayores con depresión
- 5.2.11 Determinar el apoyo social de los adultos mayores con depresión.
- 5.2.12 Correlacionar depresión con variables independientes.

## VI. MATERIAL Y METODOS

### 6.1. Diseño de estudio:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal.

### 6.2 Lugar:

El presente estudio se realizó en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No.37 que se encuentra ubicada en la Ciudad de Ascensión, Delegación Chihuahua. Está constituida por 1 consultorio, disponible en turno matutino y vespertino, contando con médico adscrito a esa área.

### 6.3 Tiempo:

El estudio se realizó del 1 de abril del 2015 al 31 de enero del 2016.

### 6.4 Descripción general del estudio:

Posterior al cálculo del tamaño de la muestra, tomando en cuenta la prevalencia a nivel mundial de depresión, se seleccionaron a los participantes al azar, todos aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en este estudio previa explicación y se documenta la firma del consentimiento informado (anexo 1); se aplicó la encuesta (anexo 2) con apoyo de un encuestador, en donde este instrumento de recolección de datos está dividido en 3 apartados: el primer apartado de factores sociodemográficos, dependencia económica y comorbilidades; la parte dos del cuestionario contiene el instrumento validado por expertos para identificar depresión conocida como la *Escala de Yesavage*, la suma de puntuación de esta escala proporciona la clasificación del estado de depresión siendo: de 0 a 5 normal, de 6 a 9 depresión leve y de 10 puntos o más se clasifica en depresión severa. Mientras que la parte tres corresponde al cuestionario de APGAR familiar para identificar funcionalidad familiar con la siguiente clasificación: de 7 a 10 puntos alta funcionalidad familiar, de 4 a 6 disfunción moderada y de 0 a 3 puntos una disfuncionalidad familiar severa y la parte 4 corresponde a la escala de

DUKEUNC-11, para determinar apoyo social con la siguiente clasificación: igual o mayor a 32 puntos apoyo social normal y menor de 32 puntos apoyo social bajo.

## 6.5 Cálculo de tamaño de la muestra

Se realiza cálculo de tamaño de la muestra para estudios transversales con una prevalencia mundial de depresión de un 15% dando por resultado una muestra final de 195 participantes.

La muestra se obtuvo con la siguiente fórmula:

$$N = \frac{(Za)^2 (p) (q)}{d^2}$$

$$d^2$$

$$\frac{(1.96)^2 (0.85) (0.15)}{(0.05)^2}$$

$$(3.84)(0.12)$$

$$\frac{.0025}{0.48} = 195$$

$$.0025$$

$$0.48 = 195$$

$$.0025$$

Donde N significa tamaño que es la cantidad de 195, P es la proporción, q es 1-p, d es precisión, para estudios descriptivos.

N = Tamaño    p = Proporción    q = 1-p    d = Precisión

## 6.6 Criterios de selección de muestra

### 6.6.1 Criterios de inclusión:

- Adultos mayores > 60 años de ambos sexos que acudieron a consulta en el periodo de estudio.
- Derechohabientes de la UMF 37 de ambos turnos.

- Pacientes que aceptaron participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.

#### 6.6.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con edad menor.
- Pacientes con diagnóstico de depresión o algún otro trastorno psiquiátrico
- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes no derechohabientes de la UMF 37.

#### 6.6.3 Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.

### 6.7 Operacionalización de variables

#### 6.7.1 Variable Dependiente

##### 6.7.1.1 Depresión

Definición conceptual: Estado psíquico que se caracteriza por una gran tristeza sin motivo aparente, decaimiento anímico y pérdida de interés por todo.

Definición operacional: En este estudio, para detectar los síntomas de depresión en el adulto mayor se utilizara la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, con un punto de corte de 6 o superior, en su versión reducida de 15 ítems.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Ordinal

Técnica Estadística: Porcentajes, frecuencias,  $\chi^2$ , IC 95 %, valor p\*.

Indicador:

1. Normal: 0-5
2. Depresión Leve: 6-9
3. Depresión Severa: >10

#### 6.7.2 Variables Independientes

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ

#### 6.7.2.1 Funcionalidad familiar:

Definición conceptual: Por concepto, el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara los resultados del instrumento de evaluación de funcionalidad familiar llamado Apgar familiar la cual fue creada en 1978, por el Dr. Gabriel Smilkstein, de la Universidad de Washington, surgió como respuesta a la necesidad de evaluar, la funcionalidad familiar, la cual se basa en los siguientes parámetros, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.

Indicador:

1. Alta funcionalidad familiar: 7-10 puntos
2. Sugiere disfunción moderada: 4-6 puntos
3. Sugiere disfunción severa: 0-3 puntos

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Ordinal

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias

#### 6.7.2.2 Apoyo social:

Definición Conceptual.- Incluye todas las transacciones de ayuda, tanto de tipo emocional como informacional y material, que recibimos bien de nuestras redes informales, íntimas, como de otros grupos y comunidad global, incluyendo tanto las transacciones reales como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida (Barrón, 2003).

Definición Operacional: Para fines de este estudio se tomaran los resultados del instrumento de evaluación de Apoyo Social, llamado Escala de DUKEUNC-11 Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert (1-5). El rango de puntuación oscila

entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo.

Indicador:

1.- Apoyo social normal: Igual o mayor a 32

2.- Apoyo social bajo: Menor a 32.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias

6.7.2.3 Comorbilidad asociada:

Definición conceptual.- También conocida como “morbilidad asociada”, es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona.

Definición operacional.- Para fines de este estudio se considerara, como comorbilidad asociada, las enfermedades referidas por el paciente.

Indicadores.

0.- Ninguna

1.- Hipertensión arterial

2.- Diabetes Mellitus

3.- Problemas de la vista

4.- Problemas de audición

5.-Bajo peso o desnutrición

6.-Perdida de la memoria

7.-Insuficiencia Cardiaca

8.-Enfermedades cardiovasculares (Cardiopatía isquémica, IAM)

9.-Evento vascular cerebral (Embolia)

10.-Otras

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias

#### 6.7.2.4 Dependencia económica

Definición conceptual.- El hecho de depender de una persona económicamente.

Definición Operacional.- Para fines de este estudio se considerara, como dependencia económica, según lo referido por el paciente.

Indicadores:

1. No dependiente, autónomo.
2. Dependiente, (Familiar directo o indirecto).
3. Dependiente; vecino u otro

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias

#### 6.7.2.5 Ocupación:

Definición conceptual: Trabajo, puesto, empleo u oficio que desempeña la paciente.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara la ocupación, que declare el paciente al momento de llenar el cuestionario.

Indicador:

1. Ama de casa

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ



2. Obrero(a)
3. Empleado(a)
4. Profesionista
5. Comerciante
- 6.- Pensionado

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias

#### 6.7.2.6 Edad

Definición conceptual: Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el momento actual.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara la edad mayor de 60 años que declare el paciente al momento de llenar el cuestionario.

Indicador: Años, Grupo de edad.

- 1.-60 a 65 años.
- 2.-66 a 70 años.
- 3.-71 a 75 años.
- 4.-76 a 80 años
- 5.- 81 y más.

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: Discreta

Técnica Estadística: Media, moda, mediana, desviación estándar.

#### 6.7.2.7 Genero:

Definición conceptual: Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes. Identidad sexual, especialmente en relación con la sociedad o la cultura.

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

Indicador:

1.- Masculino

2.- Femenino

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias.

#### 6.7.2.8 Estado Civil

Definición conceptual: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Definición operacional: Para fines de este estudio se considerara el estado civil como el estado referido por la paciente.

Indicador:

1. Soltero(a)

2. Casado(a)

3. Unión libre

4. Divorciado(a)

5. Viudo(a)

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias

#### 6.7.2.8 Escolaridad

Definición conceptual: Tiempo durante el cual un alumno asiste a la escuela en cualquier centro de enseñanza; conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes.

Definición operacional: Para fines de este estudio se captara la escolaridad referida por el paciente en el cuestionario.

Indicador:

1. Analfabeta
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Bachillerato o equivalente incompleto
7. Bachillerato o equivalente completo
8. Carrera profesional incompleta
9. Carrera profesional completa

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

Técnica Estadística: Porcentajes y frecuencias

## 6.8 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se realizó a través de programa estadístico informático SPSS versión 18.0; una vez recopilados los datos, con análisis descriptivo de pruebas paramétricas y no paramétricas, para posteriormente describirlos y resumirlos. Esta descripción se efectuó mediante *descripciones gráficas* y *descripciones numéricas* (promedios, medidas de variabilidad, forma de la distribución, medida de la relación entre variables); así mismo se realizó cruces de variables dependientes e independientes correlacionando el grado de asociación en adultos mayores con depresión.

## 6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El siguiente estudio cumple con los lineamientos bioéticas aceptados en los tratados de Helsinki y en otros tratados internacionales pues no se pone en riesgo a seres humanos, se guarda confidencialidad de los participantes, no existen riesgos en la realización del mismo.

Para tal efecto, se otorgó consentimiento informado al paciente explicándole que no existe riesgo alguno contra su integridad física ya que la aplicación del instrumento es anónima; lo anterior con apego al Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Ley General de Salud, Art. 17: investigación sin riesgo) (Ver Anexo 1).

## 6.10 RECURSOS

### 6.10.1 Humanos:

- Encuestador: alumno
- Pacientes participantes en el estudio

#### 6.10.2 Físicos:

- Equipo de cómputo e impresión
- Hojas tamaño carta
- Plumas y Lápices
- Tóner de impresión
- Área física de consulta externa de la UMF 37

#### 6.10.3 Financieros:

- Autofinanciado por el alumno.

## VII RESULTADOS

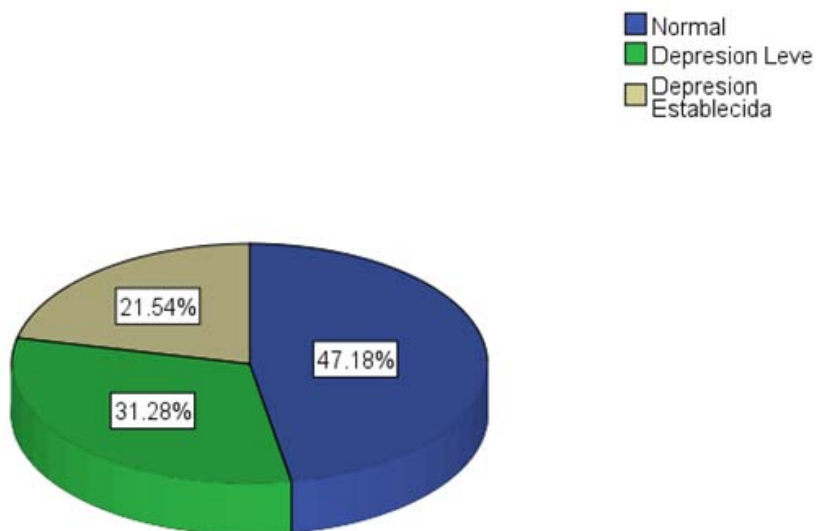
De las 195 encuestas aplicadas a los adultos mayores en la UMF 37 del IMSS para buscar depresión y factores asociados; encontramos con diagnóstico de depresión a un 52.82% (103 pacientes) de estos el 31.3%(61 adultos mayores) presentaron depresión leve y el 21.5% (42 pacientes) depresión severa, como lo muestra la tabla1 y gráfica 1.

**Tabla 1. Depresión en el Adulto Mayor en UMF 37; de acuerdo a Escala Yesavage**

Depresión	Pacientes	Porcentaje %	P
Sin depresión	92	47.2	47.2
Con depresión leve	61	31.3	78.5
Con depresión severa	42	21.5	100.0
Total	195	100.0	

Fuente: Encuesta 2016.

**Gráfica 1. Depresión en el Adulto Mayor en UMF 37; de acuerdo a Escala de Yesavage**



Fuente: Encuesta 2016

Referente a la edad encontramos que del total de pacientes estudiados la edad media fue de 69.58 y por grupo de edad el mayor porcentaje; 32.8% (64 pacientes) fue de 60 a 65 años; de estos el grupo de edad con mayor porcentaje de depresión severa corresponde a 60 a 65 años y en un 6.66% y con depresión leve 8.71% en el grupo de edad de 66 a 70 años. Tablas 2, 3, 4.

**Tabla 2. Edad Media de pacientes adultos mayores a los que se les aplico la Escala de Yesavage de la UMF 37 del IMSS.**

Edad	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
	195	60	95	69.58	6.966
Total	195				

Fuente: Encuesta 2016

**Tabla 3. Grupos de edad de adultos mayores estudiados**

Grupo de edad	Pacientes	Porcentaje %	P
60 a 65 años	64	32.8	32.8
66 a 70 años	55	28.2	61.0
71 a 75 años	39	20.0	81.0
76 a 80 años	26	13.3	94.4
81 y mas	11	5.6	100.0
Total	195	100.0	

Fuente: Encuesta 2016

**Tabla 4. Grupo de edad en que se presenta con mayor frecuencia depresión en adultos mayores de la UMF 37 del IMSS.**

Grupo de edad	DEPRESION DE ACUERDO A ESCALA YESAVAGE			Total
	Sin Depresión	Depresión leve	Depresión severa	
60 a 65 años	38	13	13	64
66 a 70 años	28	17	10	55
71 a 75 años	18	11	10	39
76 a 80 años	8	12	6	26
81 y mas	0	8	3	11
Total	92	61	42	195

Fuente: Encuesta 2016

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ

En la relación de edad y presencia de depresión en los mayores a 70 se destaca que el 86% de adultos mayores tienen mayor probabilidad de padecer depresión a diferencia de los adultos menores a 70 años encontrando el 14%. Por lo que el riesgo de padecer depresión en los adultos del grupo de edad mayores de 70 años, es de 7 veces más que los pacientes del grupo de edad menor de 60 a 69 años (RM 7.5) IC al 95 % (4.6-12.3), y una significancia estadística de valor de  $p .000$ , encontrando asociación entre esta variable y depresión.

**Tabla. Correlación edad mayor a 70 años y depresión**

Edad mayor a 70 años y depresión	SI	NO
<i>&gt;70 años</i>	<i>86%</i>	<i>0%</i>
<i>60 a 69 años</i>	<i>14 %</i>	<i>100%</i>

Fuente: Encuesta 2016.



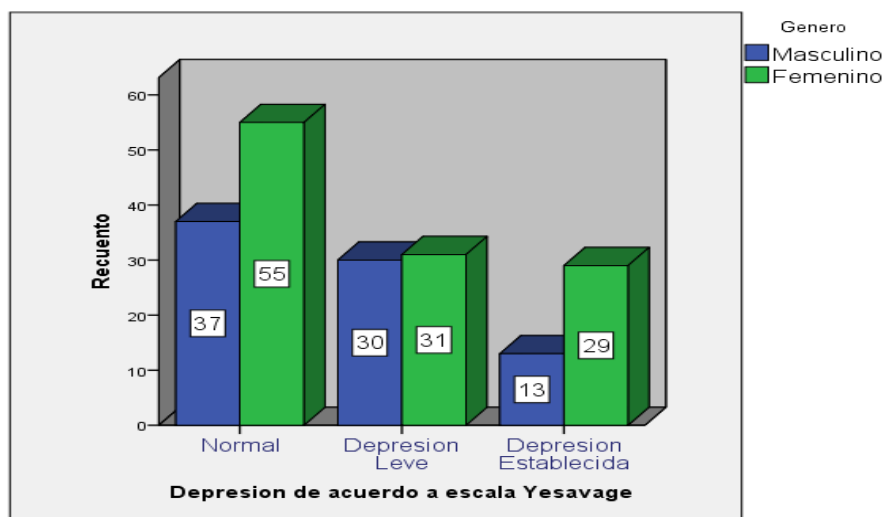
En cuanto al Género, encontramos mayor frecuencia de depresión en el género femenino donde; 15.89% (31 pacientes) presentaron depresión leve y 14.87% (29 pacientes) depresión severa, que corresponden al 31% del total, referente al género masculino 15.38% (30 adultos mayores) tienen depresión leve y 6.66% (13 pacientes) depresión severa, que corresponden al 22% del total como lo muestra la tabla 5 y grafico 5.

**Tabla 5. Género de pacientes estudiados con Depresión de acuerdo a la Escala de Yesavage en la UMF 37 del IMSS**

Depresión de acuerdo a Escala Yesavage	Genero		Total
	Masculino	Femenino	
<i>No depresión</i>	37	55	92
<i>Depresión Leve</i>	30	31	61
<i>Depresión Severa</i>	13	29	42
<i>Total</i>	80	115	195

Fuente: Encuesta 2016

**Gráfico 5. Género de pacientes estudiados con Depresión de acuerdo a la escala de Yesavage en la UMF 37 del IMSS**



Fuente: Encuesta 2016

En la correlación de género y depresión se destaca que las mujeres presentan con mayor frecuencia esta enfermedad en un 62.1% seguida de los hombres en un 37.8% al realizar la correlación de factor de riesgo género y depresión da como resultado sin riesgo genero con depresión (RM .758) IC 95% (0.428-13.43),  $X^2$  .902, con una valor de p 0.38 por lo que no se encuentra significancia estadística entre depresión y género. Como lo muestra la tabla 6.

**Tabla 6. Correlación de género y depresión**

Factor de riesgo	Depresión	
	Si	No
<i>Masculino</i>	37.80%	44.50%
<i>Femenino</i>	62.13%	55.43%

Fuente: Encuestas 2016.

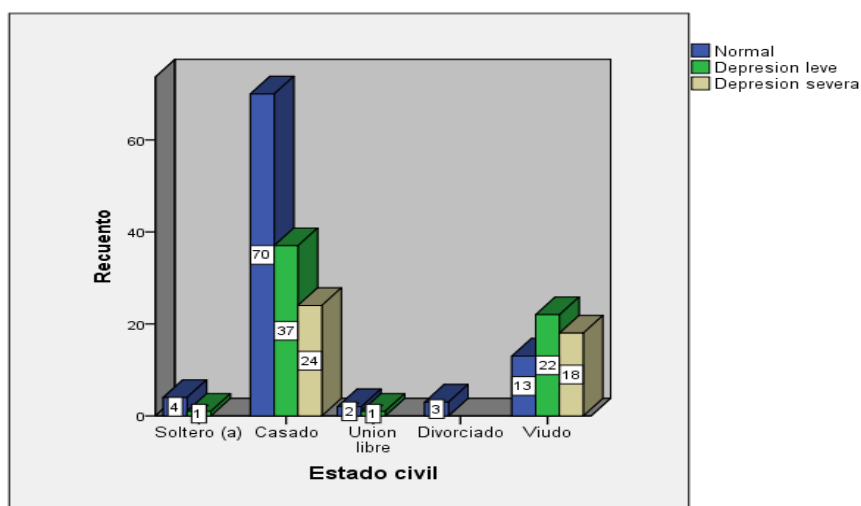
Referente al Estado civil, la mayoría de los pacientes estudiados fueron casados en un 67.17%, de estos el 18.97% (37 pacientes) presentaron depresión leve y 12.30% (24 pacientes) presentaron depresión severa, que corresponden al 31% del total, seguidos de los adultos mayores viudos, como lo muestra la tabla y gráfica 7.

**Tabla 7. Estado civil en que se presenta con mayor frecuencia la depresión en adultos mayores de la UMF 37 del IMSS.**

Estado civil	DEPRESION DE ACUERDO A ESCALA YESAVAGE			Total
	Sin Depresión	Depresión leve	Depresión severa	
<i>Soltero (a)</i>	4	1	0	5
<i>Casado</i>	70	37	24	131
<i>Unión libre</i>	2	1	0	3
<i>Divorciado</i>	3	0	0	3
<i>Viudo</i>	13	22	18	53
<i>Total</i>	92	61	42	195

Fuente: Encuesta 2016

**Gráfico 7. Estado civil en que se presenta más frecuentemente depresión.**



Fuente: Encuesta 2016

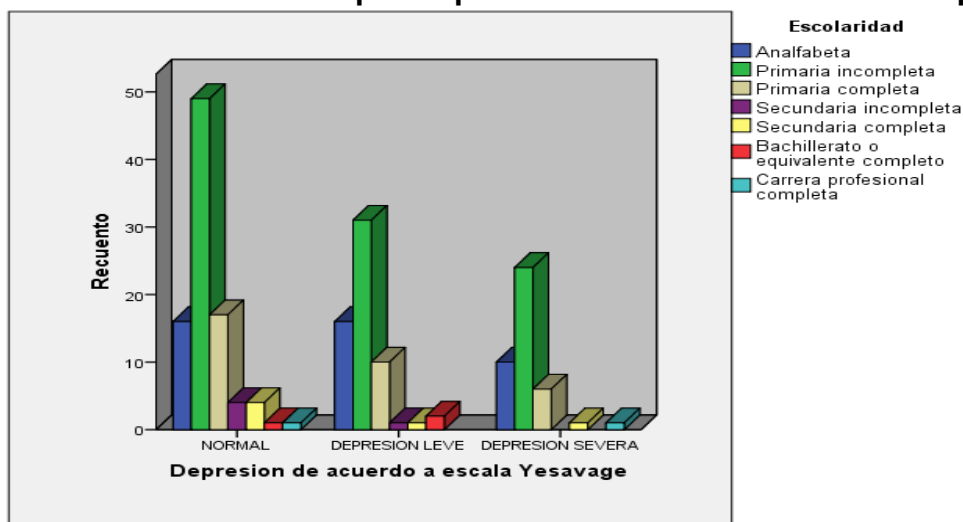
En cuanto a la escolaridad la mayoría de los pacientes cuentan con primaria incompleta en un 53.33% de estos 15.89 (31 pacientes) presentaron depresión leve y 12.30% (24 pacientes) presentaron depresión severa, seguidos de los adultos mayores analfabetas, como lo muestra la tabla y gráfica 8.

**Tabla 8. Escolaridad en que se presenta con mayor frecuencia la depresión en adultos mayores de la UMF 37 del IMSS.**

Escolaridad	DEPRESION DE ACUERDO A ESCALA YESAVAGE			Total
	Sin depresión	Depresión leve	Depresión severa	
<i>Analfabeta</i>	16	16	10	42
<i>Primaria incompleta</i>	49	31	24	104
<i>Primaria completa</i>	17	10	6	33
<i>Secundaria incompleta</i>	4	1	0	5
<i>Secundaria completa</i>	4	1	1	6
<i>Bachillerato o equivalente completo</i>	1	2	0	3
<i>Carrera profesional</i>	1	0	1	2
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>61</b>	<b>42</b>	<b>195</b>

Fuente: Encuesta 2016

**Grafico 8. Escolaridad en la que se presenta más frecuentemente Depresión**



Fuente: Encuesta 2016

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ

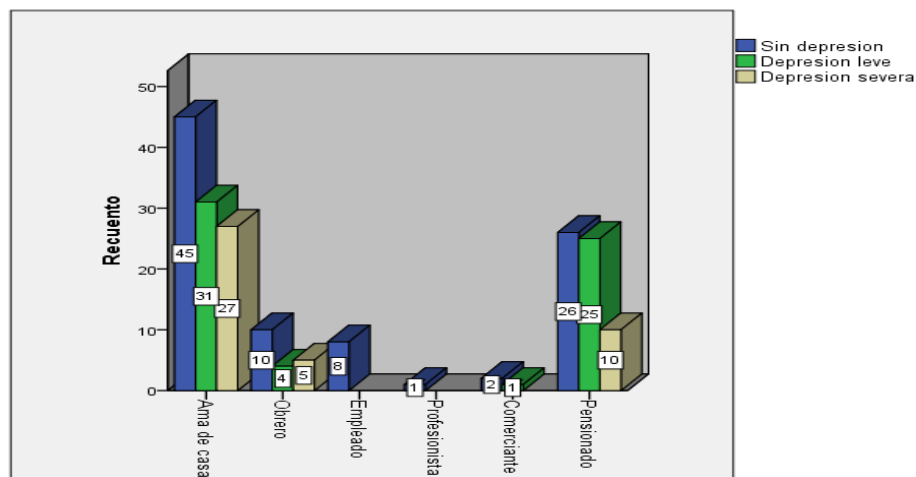
Referente a la Ocupación, encontramos mayor frecuencia de depresión en amas de casa; 15.89% (31 pacientes) presentaron depresión leve y 13.84% (27 pacientes) depresión severa, que corresponden al 29.7% del total, seguidos de los adultos mayores pensionados, como lo muestra la tabla 9.

**Tabla 9. Ocupación en que se presenta con mayor frecuencia la depresión en adultos mayores de la UMF 37 del IMSS.**

Ocupación	DEPRESION DE ACUERDO A ESCALA YESAVAGE			Total
	Sin Depresión	Depresión Leve	Depresión Severa	
<i>Ama de casa</i>	45	31	27	103
<i>Obrero</i>	10	4	5	19
<i>Empleado</i>	8	0	0	8
<i>Profesionista</i>	1	0	0	1
<i>Comerciante</i>	2	1	0	3
<i>Pensionado</i>	26	25	10	61
<i>Total</i>	92	61	42	195

Fuente: Encuesta 2016

**Gráfico 9. Ocupación más frecuente de pacientes con Depresión de acuerdo a la Escala de Yesavage en la UMF 37 del IMSS**



Fuente: Encuesta 2016

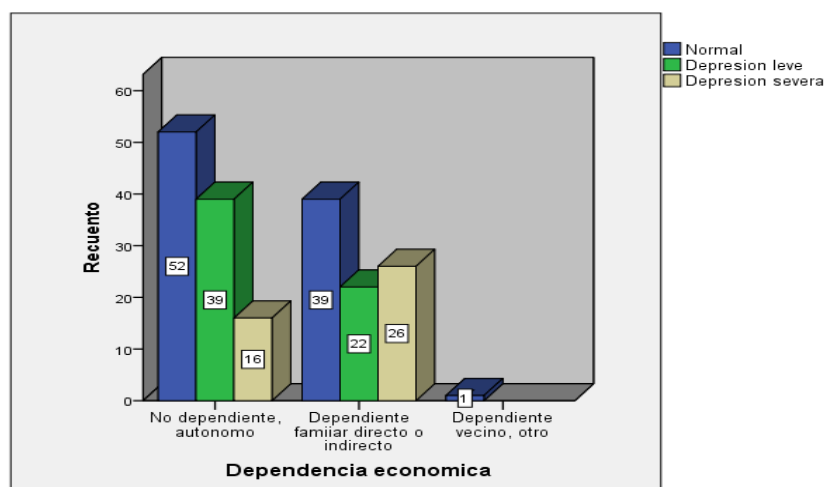
En cuanto a la Dependencia económica, encontramos mayor frecuencia de depresión leve en pacientes autónomos; 20% (39 pacientes) presentaron depresión leve y mayor frecuencia de depresión severa en pacientes con dependencia económica de un familiar directo, en un 13.33% (26 pacientes), como lo muestra la tabla y el grafico 10.

**Tabla 10. Dependencia económica en adultos mayores con depresión, de la UMF 37 del IMSS.**

Dependencia económica	DEPRESION DE ACUERDO A ESCALA YESAVAGE			Total
	Sin depresión	Depresión leve	Depresión severa	
<i>No dependiente, autónomo</i>	52	39	16	107
<i>Dependiente familiar directo o indirecto</i>	39	22	26	87
<i>Dependiente vecino, otro</i>	1	0	0	1
<i>Total</i>	92	61	42	195

Fuente: Encuesta 2016

**Grafico 10. Dependencia económica en pacientes con depresión**



Fuente: Encuesta 2016

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ

Los adultos mayores con dependencia económica, padecen depresión en un 85%, a diferencia de los adultos mayores sin dependencia económica en un 15%. Por lo que el riesgo de padecer depresión en los adultos con dependencia económica es de 7 veces más que los pacientes sin dependencia económica ( RM 7.1) IC al 95 % (4.4-11.4), y una significancia estadística de valor de  $p$  .000. Tabla 11.

**Tabla 11. Correlación dependencia económica y depresión**

Factor de riesgo dependencia económica	DEPRESION	
	Si	No
<i>Con Dependencia económica</i>	85%	0%
<i>Sin Dependencia económica</i>	15%	100%

Fuente: Encuestas 2016

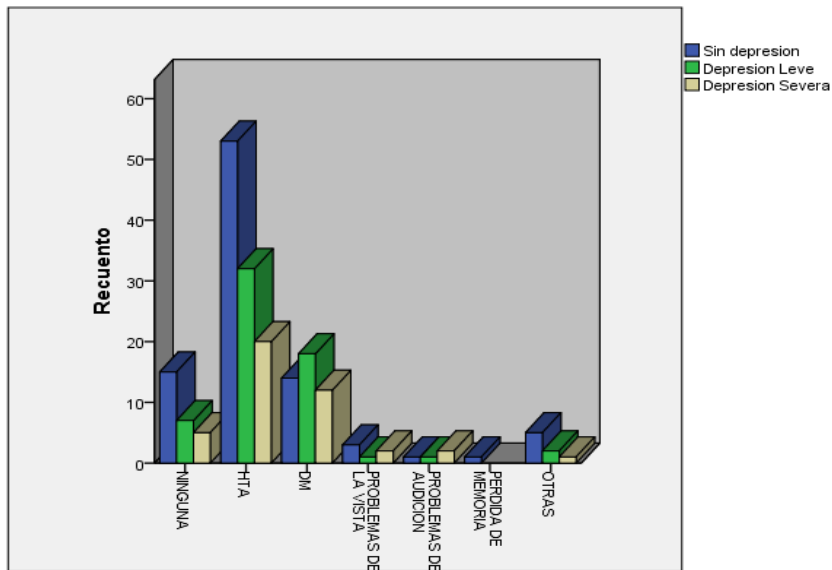
Referente a las comorbilidades, la depresión leve fue más frecuente en pacientes con hipertensión arterial sistémica en un 16.41% y en segundo lugar pacientes con Diabetes mellitus con un 9.2%, y mayor frecuencia de depresión leve en pacientes con 3 o más comorbilidades con un 13.33%, en cuanto a depresión severa la encontramos con mayor frecuencia asociada a estas mismas comorbilidades, con hipertensión arterial un 10.25%, y en segundo lugar pacientes con Diabetes mellitus un 6.15%, de igual manera se encontró mayor frecuencia de depresión severa en pacientes con 3 o más comorbilidades con un 11.28%. Tabla 12, grafico 13.

**Tabla 12. Comorbilidades que se asocian con mayor frecuencia a depresión en adultos mayores de la UMF 37 del IMSS.**

COMORBILIDAD	DEPRESION DE ACUERDO A ESCALA YESAVAGE			Total
	Sin depresión	Depresión Leve	Depresión Severa	
Ninguna	15	7	5	27
Hipertensión arterial	53	32	20	105
Diabetes mellitus	14	18	12	44
Problemas de la vista	3	1	2	6
Problemas de audición	1	1	2	4
Pérdida de memoria	1	0	0	1
Otras	5	2	1	8
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>61</b>	<b>42</b>	<b>195</b>

Fuente: Encuesta 2016

**Grafico 12. Comorbilidades en pacientes con depresión**



Fuente: Encuesta 2016

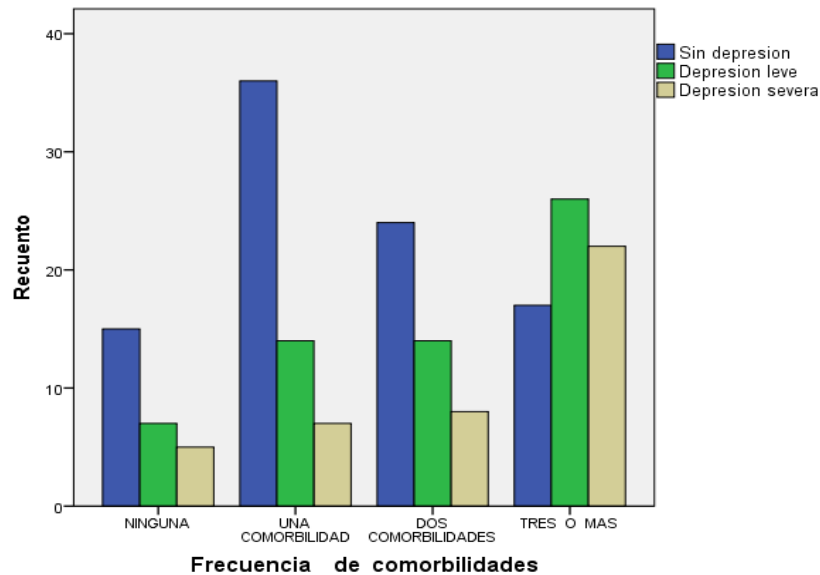


**Tabla 13. Frecuencia de comorbilidades que se asocian a depresión en adultos mayores de la UMF 37 del IMSS.**

FRECUENCIA DE COMORBILIDADES	DEPRESION DE ACUERDO A ESCALA YESAVAGE			Total
	Sin depresión	Depresión leve	Depresión severa	
Ninguna	15	7	5	27
Una comorbilidad	36	14	7	57
Dos comorbilidades	24	14	8	46
Tres o mas	17	26	22	65
Total	92	61	42	195

Fuente: Encuesta 2016

**Grafico 13. Frecuencia de comorbilidades en pacientes con depresión**



Fuente: Encuesta 2016

Al realizar el análisis se destaca que los adultos mayores con comorbilidades padecen con mayor frecuencia depresión en un 79.6% a diferencia de los adultos mayores sin comorbilidades; presentan depresión en un 20.4%. El riesgo de padecer depresión en los adultos mayores con comorbilidades es de 8 veces más que los que no padecen comorbilidades (RM .272) IC 95 % (.105-.709), con un valor de p 0.006. Tabla 14.

**Tabla 14. Presencia de comorbilidades y depresión**

Factor de riesgo presencia de comorbilidades	DEPRESION	
	Si	No
Con comorbilidad	79.60%	93%
Sin comorbilidad	20.40%	7%

Fuente: Encuestas 2016.

Referente a la Funcionalidad familiar, la mayoría de los pacientes de este estudio tienen funcionalidad normal en un 74.35%, de estos el 41.53% (81 pacientes) se encontraron sin depresión, y el 32.82% (64 pacientes) se encontraron con depresión, de estos el 22.05% (43 pacientes), presentaron depresión leve y el 10.76% (21 pacientes) presentaron depresión severa, referente a disfunción moderada encontramos un 21.02%, de estos el 5.12%(10 pacientes) se encontraron sin depresión, y el 15.89% (31 pacientes) tienen depresión, de estos el 7.69% (15 pacientes) tienen depresión leve, y 8.2% (16 pacientes) depresión severa, referente a la disfunción severa encontramos un 4.6%, de estos el 0.51%

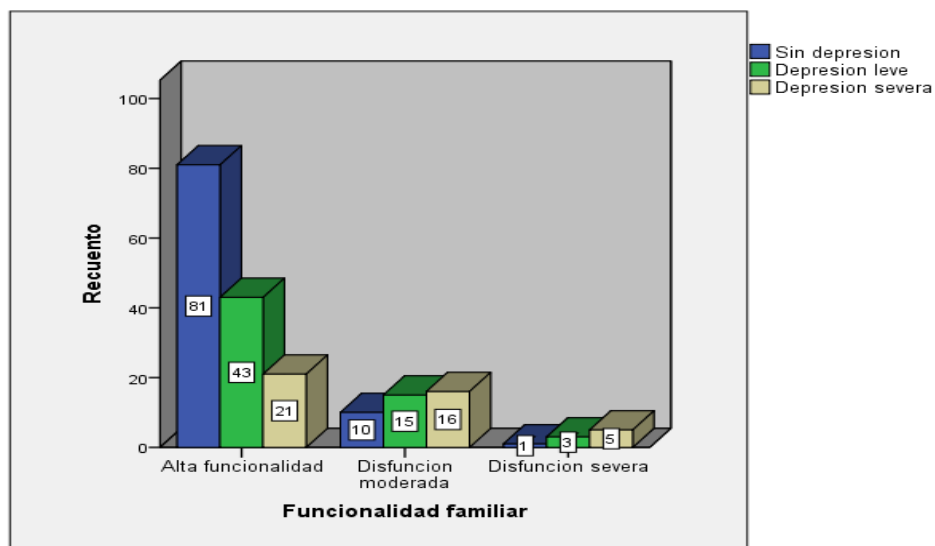
(1 paciente) se encontró sin depresión y el 4.1% (8 pacientes) tienen depresión, de estos encontramos el 1.5% (3 pacientes) con depresión leve, y 2.56% (5 pacientes) con depresión severa, encontramos mayor frecuencia de depresión en pacientes con disfunción severa, como lo muestra la tabla y gráfica 15.

**Tabla 15. Funcionalidad familiar en que se presenta con mayor frecuencia la depresión en adultos mayores de la UMF 37 del IMSS.**

Funcionalidad familiar	DEPRESION DE ACUERDO A ESCALA YESAVAGE			Total
	Sin depresión	Depresión leve	Depresión severa	
Funcionalidad normal	81	43	21	145
Disfunción moderada	10	15	16	41
Disfunción severa	1	3	5	9
Total	92	61	42	195

Fuente: Encuesta 2016

**Gráfico 15. Funcionalidad familiar en que se presenta con mayor frecuencia la depresión en adultos mayores de la UMF 37 del IMSS.**



Fuente: Encuestas 2016

En el análisis se encuentra que la disfunción familiar se encuentra en el 52% con depresión y un 48% tienen una familia con función normal; el riesgo de padecer depresión en adultos mayores con disfunción familiar es de 3 veces el riesgo (RM 2.7) IC 95% 82.20- 3.39) con un valor de p 0.000. Tabla 16.

**Tabla 16. Correlación de funcionalidad familiar y depresión**

Funcionalidad familiar	DEPRESION	
	Si	No
<i>Disfuncional</i>	52%	100%
<i>Funcional</i>	48%	0%

Fuente: Encuestas realizadas.

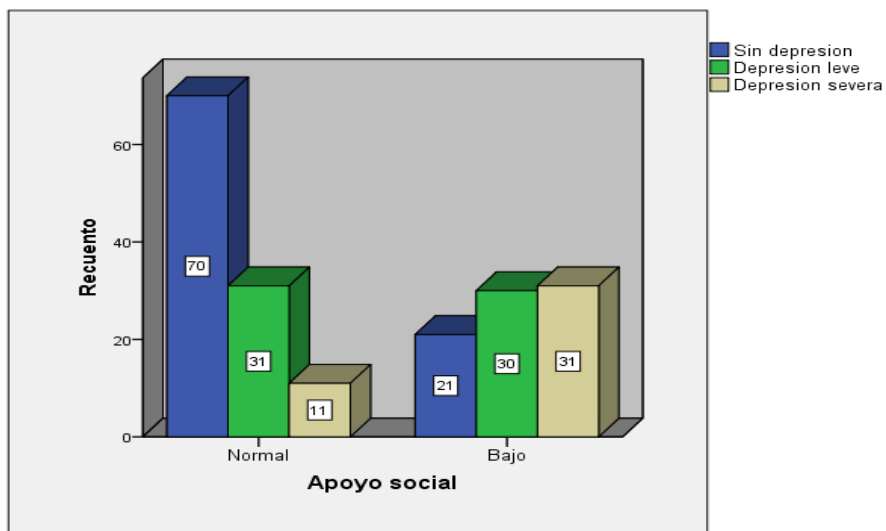
Referente al Apoyo social, la mayoría de los pacientes de este estudio tienen Apoyo social normal en un 57.43% (112 pacientes), de estos el 15.89% (31 pacientes) presentaron depresión leve y el 5.64% (11 pacientes) presentaron depresión severa, que corresponden al 21.53% del total, referente a los pacientes con Apoyo social bajo 15.38% (30 pacientes) tienen depresión leve, y 15.89% (31 pacientes) depresión severa, que corresponden al 31.27% del total, encontramos que en los pacientes con apoyo social bajo es más frecuente la depresión como lo muestra la tabla y gráfico 17.

**Tabla 17. Apoyo social en que se presenta con mayor frecuencia la depresión en adultos mayores de la UMF 37 del IMSS.**

Apoyo social	DEPRESION DE ACUERDO A ESCALA YESAVAGE			Total
	Sin depresión	Depresión leve	Depresión severa	
<i>Normal</i>	70	31	11	112
<i>Bajo</i>	21	30	31	82
Total	91	61	42	194

Fuente: Encuesta 2016

**Gráfico 17. Apoyo social en pacientes con depresión.**



Fuente: Encuesta 2016

En el análisis se observa que el riesgo de padecer depresión en los adultos mayores con apoyo social bajo es de 80%, por lo que el riesgo de padecer depresión en adultos mayores con apoyo social bajo; es de 6 veces más riesgo (RM 5.6) IC 95 % (3.76-8.3), con un valor de p 0.000. Tabla 18.

**Tabla 18. Correlación de apoyo social y depresión**

Apoyo Social	DEPRESION	
	Si	No
<i>Apoyo social bajo</i>	80%	0%
<i>Apoyo social normal</i>	20%	92%

Fuente: Encuesta 2016.

## RESUMEN DE ANÁLISIS BIVARIADO

Factor de riesgo	Con depresión %	Sin depresión %	RM	IC 95 %	valor p*
<i>Masculino</i>	37	44.5	0.75	(0.428-13.13)	0.38
<i>Femenino</i>	63	55.5			
<i>Dependiente económicamente</i>	85	0	7.1	(4.4-11.4)	0.0000
<i>Sin dependencia económica</i>	15	100			
<i>Con comorbilidades</i>	79.6	93	0.272	(.105-.709)	0.006
<i>Sin comorbilidades</i>	20.4	7			
<i>Disfunción familiar</i>	52	100	2.7	(2.20-3.39)	0.000
<i>Sin disfunción familiar</i>	48	0			
<i>Sin apoyo familiar</i>	80	0	5.6	(3.76-8.3)	0.000
<i>Con apoyo familiar</i>	20	92			
<i>Edad mayor a 70 años</i>	86	0	7.5	(4.6-12.3)	0.000
<i>Edad de 60 a 69 años</i>	14	100			

Fuente: Encuesta 2016.

## VIII. DISCUSION

Estudios como el realizado por Aguilar Navarro y Ávila-Funesa en México, DF, en la Clínica de Geriatria, en el año 2007, han demostrado que la depresión es el trastorno afectivo más frecuente en adultos mayores, encontrando una incidencia que va del 10 al 27%, en la valoración de consulta externa; a diferencia de nuestro estudio en el que encontramos una frecuencia más alta de depresión en el adulto mayor con un 52.82%. (8,11).

El predominio de depresión en el género femenino, es ampliamente documentado; como lo encontrado por Cardona, Ordóñez y Chavarriaga en el año 2013; encontraron mayor depresión en mujeres en un 62%, con un riesgo de 1:1,63; valor de  $p$  0,66, se observó una frecuencia más alta en mujeres, relacionado con el riesgo depresión, aunque esta asociación no fue significativa, muy semejante a nuestro estudio donde encontramos mayor frecuencia de depresión en el género femenino, que corresponden al 31% del total, referente al género masculino en el que se encontró en un 22% del total, y no encontramos significancia estadística entre depresión y genero con un valor de  $p$  0.38 (19).

Aún no está bien documentado, si existe una relación entre el nivel de escolaridad y la depresión en el adulto mayor, según el estudio realizado por Alejandra Segura-Cardona, Doris Cardona-Arango, Ángela Segura-Cardona y María Garzón-Duque, en Colombia en el año 2012, quienes indican que a menor nivel de escolaridad, mayor es la probabilidad de riesgo de desarrollar depresión, encontraron un 46.1% en primaria incompleta, muy similar a nuestro estudio, encontramos mayor frecuencia depresión en el adulto mayor en pacientes con primaria incompleta en un 53.33%.(18,21)

El grupo de edad en el que encontramos más frecuentemente depresión en el adulto mayor fue semejante a la encontrada en Colombia en el año 2005, por Bacca AM, González A, Uribe AF, quienes indican que la depresión es más frecuente en la primera mitad de la vejez (de los 65 a los 80 años). (20,25). En nuestro estudio encontramos mayor porcentaje de depresión severa en el grupo



de edad de 60 a 65 años, y depresión leve en el grupo de edad de 66 a 70 años, la edad media de 69.6 años, el riesgo de padecer depresión en mayores de 70 años es de hasta 8 veces.

En un estudio realizado por Acosta Torres Clara, Palacios Ortiz Nelly, en el año 2008, el estado civil predominante en adultos mayores con depresión, fue el casado(a) (64%), seguido por la viudez (23%), a diferencia de nuestro estudio en donde encontramos una incidencia más baja de depresión en pacientes casados con un (31%) seguido por la viudez (27.17%).(25,26)

Con respecto a la ocupación encontramos mayor frecuencia de depresión en amas de casa (29.7%), seguidos de los adultos mayores pensionados, semejante a lo encontrado en Tabasco en el año 2008, por Acosta Torres Clara, Palacios Ortiz Nelly que fue de 40% en amas de casa. (26)

El estudio de Castro Lizárraga, Serafín Ramírez, Aguilar Morales, Díaz de Anda, en la Ciudad de México en el año 2006, reporta que los adultos mayores con bajo apoyo social tienen mayor riesgo de desarrollar depresión con un (RM 4.91) IC 95%: [3,02; 8,0]), con un valor de  $p$  0.0001, semejante a nuestro estudio donde encontramos, el riesgo de padecer depresión en adultos mayores con apoyo social bajo, es de 6 veces más riesgo, que los que tienen apoyo social normal (RM 5.6) IC 95 % (3.76-8.3), con un valor de  $p$  0.000. (23,25, 28).

Referente a la comorbilidad más frecuentemente asociada a depresión en el adulto mayor encontramos la HTA, del total de pacientes estudiados un 26.66% presentaron algún tipo de depresión, seguida de Diabetes mellitus en un (15.35%). Muy semejante a lo encontrado en Bogotá, en el año 2016, por Miguel Germán Borda, Juan Carlos Acevedo González, David Gabriel David, Elly Morros González y Carlos Alberto Cano, en su estudio las comorbilidades más frecuentes encontradas fueron la HTA (58,28%), seguida de las enfermedades articulares (31,65%). (24).

De igual manera encontramos en nuestro estudio mayor frecuencia de depresión leve y severa en pacientes con 3 o más comorbilidades con un total del 24.61%. Al calcular el riesgo no se encontró significancia estadística entre depresión y comorbilidades.

La Depresión y disfunción familiar son problemas frecuentes durante la vejez, en un estudio realizado en Tabasco, México en el año 2010, por Zavala-González, G. Domínguez-Sosa, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión y disfunción familiar con una prevalencia del 49%, siendo predominante la disfunción moderada. Muy similar a lo encontrado en la presente investigación, donde obtuvimos mayor frecuencia de depresión en pacientes con disfunción familiar moderada en un (15.89%). Los adultos mayores con disfunción familiar tienen 3 veces más riesgo para depresión, en comparación con los que tienen funcionalidad familiar. (27)

El nivel socioeconómico bajo se considera factor de riesgo para depresión en el adulto mayor (51,9%), seguido de la clase media, con el 44,85%, mientras que los niveles socioeconómicos de clase alta tuvieron la frecuencia más baja, de depresión con un 3,25%, sin embargo la dependencia económica no está ampliamente documentada como factor de riesgo para depresión en el adulto mayor. En cuanto a la Dependencia económica, encontramos mayor frecuencia de depresión leve en pacientes no dependiente, autónomo; 20% (39 pacientes) y mayor frecuencia de depresión severa en pacientes con dependencia económica de un familiar directo, en un 13.33% (26 pacientes), por lo que la dependencia económica en este estudio sí tuvo asociación con depresión severa. El riesgo de padecer depresión en los adultos con dependencia económica es de 7 veces más que los pacientes sin dependencia económica. (26).

## IX. CONCLUSIONES

1. El diagnóstico de depresión se encontró en un 52.82%; 31.3% presentaron depresión leve y el 21.5% depresión severa.
2. La edad media fue de 69.58 y el grupo de edad el mayor porcentaje fue el de 60 a 65 años en un 32.8% de estos el grupo de edad con mayor porcentaje de depresión severa corresponde a 60 a 65 años y en un 6.66% y con depresión leve 8.71% en el grupo de edad de 66 a 70 años.
3. El riesgo de padecer depresión en los adultos del grupo de edad mayores de 70 años, es de 7 veces más que los pacientes del grupo de edad menor de 60 a 69 años (RM 7.5) IC al 95 % (4.6-12.3), y una significancia estadística de valor de p .000.
4. El género femenino fue el más afectado donde el 15.89% presentaron depresión leve y 14.87% depresión severa, que corresponden al 31% del total, referente al género masculino el 15.38% presentaron depresión leve y 6.66% depresión severa, que corresponden al 22% del total sin significancia estadística en la relación entre depresión y genero.
5. El Estado civil casado, fue el más afectado donde un 18.97% (37 pacientes) presentaron depresión leve y 12.30% (24 pacientes) presentaron depresión severa, que corresponden al 31% del total.
6. La escolaridad primaria incompleta, fue la más afectada con un total de 53.33% de estos 15.89% (31 pacientes) presentaron depresión leve y 12.30% (24 pacientes) presentaron depresión severa.
7. La Ocupación, más afectada encontrada fue amas de casa, un 15.89% (31 pacientes) presentaron depresión leve y 13.84% (27 pacientes) depresión severa, que corresponden al 29.7% del total. El riesgo de padecer depresión en los adultos con dependencia económica es de 7 veces más que los pacientes sin dependencia económica (RM 7.1) IC al 95 % (4.4-11.4), y una significancia estadística de valor de p .000.

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ

**8.** La comorbilidad, más frecuente asociada a depresión fue hipertensión arterial sistémica, un 16.41% con depresión leve y 10.25% depresión severa, que corresponden al 26.66% del total, sin significancia estadística en la relación entre depresión y comorbilidades con un valor de  $p$  0.006.

**9.** Funcionalidad familiar, con disfunción moderada el 15.89% (31 pacientes) tienen depresión, depresión leve en un 7.69% (15 pacientes) y depresión severa un 8.2% (16 pacientes), y con disfunción severa un 4.1% (8 pacientes) tienen depresión, depresión leve en 1.5% (3 pacientes) y depresión severa en un 2.56% (5 pacientes), el riesgo de padecer depresión en adultos mayores con disfunción familiar es de 3 veces el riesgo (RM 2.7) IC 95% 82.20- 3.39) con un valor de  $p$  0.000.

**10.** Los adultos mayores con Apoyo social bajo se ven más afectados en un 15.38% (30 pacientes) tienen depresión leve, y 15.89% (31 pacientes) depresión severa, que corresponden al 31.27% del total, el riesgo de padecer depresión en adultos mayores con apoyo social bajo; es de 6 veces más riesgo ( RM 5.6) IC 95 % (3.76-8.3), con un valor de  $p$  0.000.

## **X. RECOMENDACIONES**

- 1.** A las autoridades de los 3 niveles de gobierno para que destinen más recursos al área de la salud enfocada al primer nivel de atención que incluya programas de atención a esta población vulnerable de adultos mayores.
- 2.** A las autoridades de Nivel central para que doten a las unidades médicas de primer nivel herramientas necesarias para atender en forma integral a los adultos mayores y sus familias.
- 3.** Difundir ampliamente en los tres niveles de atención médica del Servicio de Sanidad los resultados, así como los instrumentos de evaluación utilizados para la detección oportuna de depresión en el adulto mayor.
- 4.** La depresión en el adulto mayor, es una situación social, por lo que en esta Unidad de Medicina Familiar, el medico no puede trabajar solo, se requiere un equipo multidisciplinario, principalmente Psicología, y Trabajo social, para atender al paciente de forma integral.
- 5.** Es necesario que en esta unidad de medicina familiar se cuente con un programa dirigido por psicología de terapia de grupo y terapia familiar, para apoyo al adulto mayor.
- 6.** Creación de un programa que fortalezca las relaciones entre los adultos mayores y sus familiares o amigos debido a la alta frecuencia de familias disarmónicas.
- 7.** Diseñar un programa para los adultos (45-59 años) que tenga por objeto reducir la frecuencia de los factores de riesgo modificables en la población, concientizando a quienes los presentan a evitarlos o reducirlos.
- 8.** Instaurar un programa preventivo en el cual se le realice un control interdisciplinario con psiquiatría a los pacientes con depresión y comorbilidad con el fin de proveer el tratamiento y cuidados más apropiados.

**9.** Se requieren médicos especialistas en medicina familiar, para que puedan atender, más que las comorbilidades del adulto mayor, su entorno familiar, identificar crisis familiares y relaciones interpersonales de la familia por lo que se recomendará a las autoridades de la unidad solicitar los recursos necesarios para contar con el equipo necesario para atender adecuadamente a estos pacientes.

**10.** A los residentes investigadores y estudiantes del sector salud a seguir realizando investigaciones que aporten apoyo a la atención de los adultos mayores con este problema de salud.

**11.** A las autoridades del Sector Salud para que implementen programas de prevención y promoción de la Salud dirigido a este grupo de edad.

**12.** Al personal Médico del IMSS se exhorta a la revisión de literatura internacional sobre las causas la revisión de recomendaciones de la OMS y otros organismos internacionales, así como de experiencias nacionales e internacionales sobre el tema.

**13.** Al personal Médico del IMSS se exhorta a realizar estudios de investigación sobre la magnitud, distribución y tendencias de la depresión en el adulto mayor y sus determinantes en México, el estudio de políticas y programas relevantes en la prevención y a la adaptación de la evidencia a la situación de cada uno de sus entornos laborales.

## XI. BIBLIOGRAFIA

1. Chapman DP, Perry GS. Depression as a mayor component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis* 2008;5(1)
2. Wagner FA, Gallo JJ, Delva J. Depression in late life: a hidden public health problema for México? *Salud publica México*. 2010.
3. Castro M, Ramírez. Morales V, Díaz V. Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2006; 39(4): Oct.-Dic: 132-137
4. Barak Y., Olmer A., Aizenberg D. Antidepressants reduce the risk of suicide among elderly depressed patients. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:178-181.
5. Bruce ML., Ten Have TR., Reynolds CF., et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients. *JAMA* 2004;291:1081-1091.
6. INEGI (2000) Censo Nacional de población y vivienda en México.
7. INEGI (2009). Anuario estadístico del estado de Hidalgo, México.
8. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor, Sara Aguilar-Navarro y José Alberto Ávila-Funesa, *Gac Méd Méx* Vol. 143 No. 2, 2007.
9. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM IV TR) MASSON, S. A. 2002.
10. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá, Ana M. Salazar, María F. Reyes, Sandra J. Plata, Paula Galvis, Camila Montalvo, Erick Sánchez, Olga L. Pedraza, Paola Gómez, Diana Pardo, Jonathan Ríos, *Acta Neurol Colomb*. 2015; 31(2):176-183
11. Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con depresión. 2008:103-108.
12. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor, Haydeé Mabel Llanes Torres, I Yeleinis López Sepúlveda, II Jorge Luis

- Vázquez Aguilar, III Raúl Hernández PérezIV, REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA. 2015 21(1)
13. Huenchuan S. Montes de Oca V. Envejecimiento, género y pobreza en América Latina y Caribe. En Trujillo Z. Becerra-Pino M. Rivas Vera S. Ed McGraw.Hill Interamericana. México, D.F. 2007:79-86
  14. Guerra M, Ferri C, Sosa AL, et al. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population based study. Br J Psychiatry 2009;195:510-151.
  15. Ancoli-Israel S. Geriatric sleep disorders: primary-care treatment and management. INSOM 2006;8:11-16.
  16. Jacobson SA, Pies RW, Katz IR. Clinical Manual of Geriatric Psychopharmacology. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC 2007:146-147.
  17. Depresión mayor en adultez tardía: factores causales y orientaciones para el tratamiento, Ronald Toro; Julio Vargas; Sandra Murcia, Natalia Gaitán, Daniela Umbarila & Kelly Sarmiento, Volumen 4, Número 2, septiembre-marzo de 2014.
  18. Depresión y escolaridad en adultos mayores, Claudia Giacoman, Daniela Funes, Lorenia Guzmán, Teresita Montiel, ISSN | Año 1 | Núm. 2 | enero - junio 2011.
  19. Estrada A, Cardona, D, Segura AM, Ordóñez J, Osorio J, Chavarriaga LM. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universitas Psychological. 2013; 12(1), 81-94.
  20. Bacca AM, González A, Uribe AF. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. Pensamiento Psicológico. 2005; 1(4):53-63
  21. Risk of depression and associated factors in older adults. Antioquia, Colombia. 2012. Alejandra Segura-Cardona, Doris Cardona-Arango, Ángela Segura-Cardona y María Garzón-Duque, Rev. salud pública. 17 (2): 184-194, 2015.




22. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor, José R. Rodríguez Rodríguez, Vivian Zas Tabares, Elena Silva Jiménez, Ramiro Sanchoyerto López, María del Carmen Cervantes Ramos. Vol. 9, No. 1, Enero-abril 2014.
23. Aranda C, Pando M, Flores ME, García T. Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. Rev Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. 2001; 28(2), 69-74.
24. Dolor en el anciano: calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia, Miguel Germán Borda, Juan Carlos Acevedo González, David Gabriel David, Elly Morros González y Carlos Alberto Cano, Rev Esp Geriatría Gerontol. 2016;51(3):140–145.
25. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados, Alejandro estrada Restrepo, Doris Cardona Arango, Ángela María Segura Cardona, Jaime Ordoñez Molina, Jorge Julián Osorio Gómez, Lina Marcela Chavarría Maya, Univ. Psychol, Bogotá Colombia, V.12, No.1, pp.81-94, 2013.
26. Situación económica y bienestar psicológico en adultos mayores de Balacan, Tabasco, Acosta Torres Clara, Palacios Ortiz Nelly, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Vol.7, No.3, 2008.
27. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos, M.A. Zavala-González a, G. Domínguez-Sosa b, Viguera Editores SL 2010. PSICOGERIATRÍA 2010; 2 (1): 41-48
28. Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor, Dr. Marcos Castro Lizárraga, M.I.B.B. Serafín Ramírez Zamora, Dr. Luis Víctor Aguilar Morales, Dr. Víctor Manuel Díaz de Anda, Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2006; 39(4): Oct.-Dic: 132-137.

29. Diseño de estudios epidemiológicos, Mauricio Hernandez-Avila, Francisco Garrido-La torre, Sergio López Moreno, salud pública de México/ Vol. 42, no.2, marzo-abril del 2000.
30. Principales medidas en epidemiología, Alejandra Moreno-Altamirano, Sergio López Moreno, Alexander Corcho-Berdugo, Salud pública de México/ Vol. 42, no. 4, julio-agosto de 2000.

## XI. ANEXOS

### ANEXO 1

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN</b> <b>Y POLITICAS DE SALUD</b> <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b> <b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> <b>(ADULTOS)</b>
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>	
Nombre del estudio:	DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR, DE LA UMF NO. 37 DEL IMSS.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	jun-15
Número de registro:	R-2015-802-14
Justificación y objetivo del estudio:	<b>DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR, DE LA UMF NO. 37 DEL IMSS, CD. ASCENSION, CHIHUAHUA.</b>
Procedimientos:	Estudio descriptivo transversal en el que se aplicara el instrumento de medición test de Yesavage, Apgar familiar y apoyo social
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar su calidad de vida individual y familiar
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al momento de los resultados
Participación o retiro:	En el momento que lo desee
Privacidad y confidencialidad:	No aplica
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Amelia Midory Makita Dominguez
Colaboradores:	María Dolores Meléndez Velázquez/ Dr. Juan Leobardo Hernández Villa
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ

## ANEXO 2



# ENCUESTA DE DEPRESION PARA EL ADULTO MAYOR

**INSTRUCCIONES.** Lea con atención y encierre con un círculo la respuesta correcta.

### Parte I.

**1.- ¿Cuál es su edad? Menores de 60 años (No llenar la encuesta)**

**2.- ¿Cuál es su Sexo?**

- 1.-Masculino
- 2.-Femenino

**3.- ¿Cuál es su Estado civil?**

1. Soltero(a)
2. Casado(a)
3. Unión libre
4. Divorciado(a)
5. Viudo(a)

**4.- ¿Cuál es su Escolaridad?**

1. Analfabeta
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Bachillerato o equivalente incompleto
7. Bachillerato o equivalente completo
8. Carrera profesional incompleta
9. Carrera profesional completa

**5.- ¿Cuál es su Ocupación?**

1. Ama de casa
2. Obrero(a)
3. Empleado(a)
4. Profesionista
5. Comerciante
- 6.- Pensionado

**6.- ¿Depende económicamente de algún familiar?**

- 1.-No dependiente, autónomo.
- 2.-Dependiente (familiar directo o indirecto)
- 3.-Dependiente (vecino, u otro)

**7.- ¿Tiene usted alguna enfermedad? Subraye todas las enfermedades que tenga.**

- 1.-Hipertensión arterial
- 2.-Diabetes Mellitus
- 3.-Problemas de la vista (Disminución de la visión)
- 4.-Problemas de audición (No escucha bien)
- 5.-Bajo peso o desnutrición
- 6.-Perdida de la memoria

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ

- 7.-Insuficiencia Cardíaca
- 8.-Enfermedades cardiovasculares (Cardiopatía isquémica, IAM)
- 9.-Evento vascular cerebral (Embolia)
- 10.-Otras

**Parte II. ESCALA DE DEPRESION DE YESAVAGE**

**INSTRUCCIONES. Encierre con un círculo la respuesta correcta.**

		SI	NO
1.-	¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2.-	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3.-	¿Siente que su vida es vacía?	1	0
4.-	¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.-	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6.-	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7.-	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8.-	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9.-	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10.-	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11.-	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12.-	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13.-	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14.-	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15.-	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

**PUNTUACIÓN TOTAL \_\_\_\_\_**

**Parte III.**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR (ESCALA DE APGAR FAMILIAR)**

**INSTRUCCIONES: Coloque un X en el recuadro en blanco, según sea su respuesta.**

	NUNCA 0	A VECES 1	SIEMPRE 2
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo (a) quiere?			

**PUNTUACION TOTAL \_\_\_\_\_**

#### PARTE IV APOYO SOCIAL (ESCALA DE DUKE UNC-11)

**INSTRUCCIONES:** Lea con atención las preguntas y marque con una cruz "X" en el recuadro en blanco según sea su respuesta.

- 1.- Mucho menos de lo que deseo. 2.- Menos de lo que deseo.  
3.- Ni mucho ni poco. 4.- Casi como deseo. 5.- Tanto como deseo.

	<b>PREGUNTAS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1.-	¿Recibo visitas de mis amigos y familiares?				
2.-	¿Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa?				
3.-	¿Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo?				
4.-	¿Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede?				
5.-	¿Recibo amor y afecto?				
6.-	¿Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa?				
7.-	¿Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares?				
8.-	¿Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos?				
9.-	¿Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas?				
10.-	¿Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida?				
11.-	¿Recibo ayuda cuando estoy enfermo en cama?				

**PUNTUACION TOTAL** \_\_\_\_\_

### ANEXO 3

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



AVANCE (PRIMER AÑO) 2015-2016	MES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Pregunta de investigación, Marco teórico		X	X	X									
Planteamiento del problema, Objetivos, Justificación, hipótesis y diseño				X	X								
Material y métodos, Planteamiento del análisis estadístico				X	X								
Bibliografía y anexos , Registro en SIRELCIS y envío al CLIS						X							
Realización de modificaciones ; Terminarlas y re-envío al CLIS						X	X						
Autorización del protocolo por el CLIS							X						
Protocolo autorizado por el CLIS								X					
Entrega del dictamen a la CES									X				
Recopilación de datos 10%										X	X		
Recopilación de datos 20%												X	X
AVANCE (SEGUNDO AÑO) 2016-2017	MES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Recopilación de datos (30 %)		X	X										
Recopilación de datos (40 %)			X	X									
Recopilación de datos (50 %)				X	X								
Recopilación de datos (60 %)					X	X							
Recopilación de datos (70 %)						X	X						
Recopilación de datos (80 %)							X	X					
Recopilación de datos (90 %)								X	X				
Recopilación de datos (100%)									X	X			
Elaboración de base de datos										X	X		
Análisis estadístico											X	X	
Interpretación de resultados y conclusiones												X	X
AVANCE (TERCER AÑO) 2017-2018	MES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Redacción de la tesis (25.0 %)		X	X										
Redacción de la tesis (37.5 %)			X	X									
Redacción de la tesis (50.0 %)				X	X								
Redacción de la tesis (62.5 %)					X	X							
Redacción de la tesis (75.0 %)						X	X						
Redacción de la tesis (100 %)							X	X					
Envío de la tesis a la CES								X	X				
Envío de la tesis a la UNAM									X	X			
Realización de modificaciones										X	X		
Envío de tesis modificada a la UNAM											X	X	

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ

“DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR”

DRA. AMELIA MIDORY MAKITA DOMINGUEZ