

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD TACNA -
2008”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

BACH. JUAN CARLOS VELIZ NINA

TACNA – PERÚ

2009

INDICE

Pág.

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN:.....	5
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	7
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	9
1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	10
CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
2.2 MARCO TEÓRICO.....	17
CAPÍTULO III: VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	
3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	31
CAPÍTULO IV: METOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 DISEÑO.....	33
4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO.....	33

4.3 POBLACIÓN.....	33
4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS.....	36
CAPITULO VI: RESULTADOS.....	37
CAPITULO VII: DISCUSIÓN.....	64
CAPITULO VIII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
BIBLIOGRAFÍA:.....	69
ANEXOS:.....	74

RESUMEN

Objetivo: Determinar qué factores están asociados a Depresión en el centro del adulto mayor del hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna - 2008.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal, realizado durante los meses de octubre y noviembre del 2008. La muestra estuvo constituida por 172 adultos mayores del CAM EsSalud Tacna. Se aplicaron las siguientes escalas: de Yesavage para depresión, el Índice de katz para situación funcional, DUKE-UNC para apoyo social, ESOMAR para el nivel socioeconómico, y el Apgar familiar para función familiar así como datos sociodemográficos.

Resultados: La edad media fue 69,3 años, 66,9 % fueron del sexo femenino. Se encontró una prevalencia de 22,1% de depresión. En el análisis bivariado se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión y grado de instrucción, apoyo social, función familiar y situación funcional. ($p < 0,05$).

Conclusiones: La prevalencia de depresión en los adultos mayores es elevada respecto a otras investigaciones y se asocia con el grado de instrucción, la falta de apoyo social, función familiar y situación funcional.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 50 años la disminución de la natalidad y de la mortalidad mundial ha conducido progresivamente al envejecimiento poblacional. En los países latinoamericanos, entre ellos el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, a los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación, y sobre todo, a las necesidades de salud a que dará lugar.

En nuestros días es imposible negarse a reconocer la imperiosa necesidad de desarrollar la atención al anciano en sus múltiples y complejas facetas, para lo cual es imprescindible, por razones sociales, biológicas y psicológicas, aceptar que la gerontogeriatría comunitaria es una oportunidad que, vinculada a las diferentes especialidades de la salud, como la psiquiatría, la psicología, la neurología y la medicina interna; favorezca la interacción oportuna desde que comienza el proceso involutivo; esto se inicia mucho antes de que sea aparente el envejecimiento; lo que se puede apreciar a partir de los 30 años, pero recién se hará evidente a partir del sexto decenio de vida.

Este aumento en el número de senescentes determina, sin embargo, una indiscutible relevancia de enfermedades que son características de la llamada tercera edad. En este proceso o etapa involutiva encontramos el terreno propicio para que sean más frecuentes los trastornos psiquiátricos y que se caracterice esta etapa como de un mayor riesgo por el incremento de la invalidez y el deterioro progresivo, que asociados a circunstancias sociales o familiares adversas desencadenen enfermedades como la depresión. La importancia de los trastornos depresivos en la práctica clínica médica y especializada viene resaltada por la elevada frecuencia con que se presenta y por su alto porcentaje de morbilidad, e incluso mortalidad indirecta por el riesgo de suicidio. Los trastornos depresivos en el adulto mayor son los trastornos psiquiátricos que se presentan con mayor frecuencia.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema:

El proceso de envejecimiento a nivel mundial y particularmente en América Latina, está avanzando a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad. La tendencia universal a la disminución de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años en el mundo, de 204 millones en 1950 a 577 millones en 1998, estimándose que para el año 2050 este grupo poblacional pueda llegar a cerca de 1,900 millones¹.

Para el año 2002 la población estimada a nivel nacional era de 26 millones 749 mil personas, de las cuales el 33.8% tiene menos de 15 años de edad, el 60 % está entre 15 y 59 años, mientras que el 7.2% cuenta con 60 y más años. Proyecciones oficiales estiman que para el año 2020 esta proporción de adultos mayores subirá al 11% de la población y a 12.6% para el año 2025². Por lo tanto este envejecimiento demográfico es un grave problema de salud debido a que implica una mayor demanda de los servicios de salud, pues este grupo de edad presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad. Los adultos mayores por su vulnerabilidad presentan cuatro discapacidades: la motriz, visual, auditiva y mental de las discapacidades mencionadas, la mental esta llamado la atención de todos los sectores, siendo la depresión la discapacidad mental de mayor ocurrencia en los adultos mayores, afectando a 10 % de los pacientes ambulatorios, de 15 a 35 % de los que viven en casa de hogar para ancianos y de 10 a 20 % de los hospitalizados. Entre los factores asociados a la depresión se encuentran: los factores biológicos, psicológicos y sociales³. De estos los psicosociales son los de mayor

fuerza de asociación, los cuales serán el motivo de la presente investigación.

Determinar su asociación con la depresión permitirá un mayor conocimiento de los factores que están mayormente asociados a la depresión y de esta manera los resultados obtenidos del presente trabajo contribuirán en mejorar los programas de prevención.

1.2 **Formulación del Problema**

Por lo expuesto se ha diseñado el presente estudio para, responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores asociados a Depresión en el centro del adulto mayor del hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna - 2008?

1.3 **Objetivos de la Investigación**

Objetivo General:

Determinar qué factores están asociados a Depresión en el centro del adulto mayor del hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna - 2008.

Objetivos Específicos:

1. Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor del CAM del hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna - 2008.
2. Determinar el nivel de depresión en el adulto mayor del CAM del hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna - 2008.
3. Relacionar el nivel de depresión del adulto mayor con factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción y el nivel socioeconómico) en el CAM del hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna - 2008

4. Relacionar el nivel de depresión del adulto mayor con el apoyo social en el CAM del hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna – 2008.
5. Relacionar el nivel de depresión del adulto mayor con la función familiar en el CAM del hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna – 2008.
6. Relacionar el nivel de depresión del adulto mayor con la situación funcional (actividades básicas de la vida diaria) en el CAM del hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna – 2008.

1.4 Justificación:

La Población geriátrica en el mundo ha ido en aumento y el Perú no es ajeno a esta realidad actualmente cuenta con un 7,2% (2007) de la población adulta mayor y se proyecta alcanzar un 12,4 % en las próximas décadas (2025), se sabe que con el avance de la edad algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental aumentan, la depresión es uno de ellos. Actualmente la depresión es un área de la salud mental en continuo estudio, que requiere de un mayor conocimiento de las variables asociadas para lograr una mejora en los programas de prevención; el desarrollo de nuevas estrategias de prevención tendrá lugar a medida que se identifiquen con mayor claridad los factores causales, los factores de riesgo y la taxonomía genética y clínica. Es por esto que el propósito central de la presente investigación es buscar la relación de la depresión en adultos mayores, con otras variables tales como apoyo social, función familiar situación funcional, y algunas variables demográficas como la edad, el sexo, el estado civil, el grado de instrucción y el nivel socioeconómico ya que estas representan los factores de mayor fuerza de asociación según la literatura.

Con la realización de este trabajo de investigación, se espera aportar elementos que amplíen el campo del conocimiento de la geriatría y psiquiatría, más aun, si consideramos la situación demográfica que se espera en el futuro con el aumento de la población adulta mayor, acompañado de todas las dificultades de salud que se presenta con el envejecimiento.

Para el Centro del Adulto Mayor del Hospital III Daniel Alcides Carrión – EsSalud Tacna el conocimiento de los factores asociados a depresión, les posibilitara tener un mejor conocimiento del comportamiento de este trastorno en su población de adultos mayores, desde el cual se pueden realizar estudios más amplios e incluso establecer estrategias de intervención, dirigidas hacia la prevención y tratamiento de este trastorno.

1.5 Definición de términos básicos:

Adulto mayor: Persona mayor de 60 años.

Depresión: Trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. Para esta investigación la depresión se midió mediante la Escala de depresión geriátrica (EDG) de Yesavage.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage: Instrumento de tamizaje específicamente diseñada para medir depresión en la población adulta mayor. Según su puntuación se divide en normal (0 a 5 puntos), depresión leve (6 a 9 puntos) y depresión establecida (10 a 15 puntos).

Depresión Leve: Se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad.

Depresión Establecida: Dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales, se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa.

Anhedonía: Incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros.

Apatía: Es la falta de emoción, motivación o entusiasmo. Es un término psicológico para un estado de indiferencia, en el que un individuo no responde a aspectos de la vida emocional, social o física.

Apoyo social: Entendido como las transacciones interpersonales que implica ayuda, afecto y afirmación por parte de amigos y la familia. Para esta investigación el apoyo social se midió con el cuestionario DUKE – UNC, según su puntuación se divide en apoyo normal y apoyo bajo.

Función familiar: Consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve. Para esta investigación la función familiar se midió con el Apgar familiar, según su puntuación se divide en disfunción grave, disfunción leve y familia funcional.

Situación funcional: Capacidad que presenta el adulto mayor para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Según la puntuación total del índice de katz se establecen 3 niveles: independiente, dependiente parcial, y dependiente total. Según sea dependiente o no para cada ABVD se establecen tres niveles: Independiente, Dependiente parcial y dependiente total.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Son todas las actividades funcionales esenciales para el autocuidado y el mantenimiento de una vida independiente: lavarse, vestirse, ir al baño, moverse, continencia de esfínteres, y alimentarse.

Adulto mayor independiente: Adulto mayor con autonomía para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Adulto mayor dependiente: Adulto mayor con necesidad de ayuda para realizar al menos una de las actividades básicas de la vida diaria.

Factores Psicosociales: Son los factores de mayor asociación para el desarrollo del trastorno afectivo (depresión). Para el desarrollo de la presente investigación se evaluó estos factores a través de las siguientes variables edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, grado de instrucción, función familiar, apoyo social y situación funcional.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Ámbito internacional:

Tuesca Molina Rafael, Fierro Herrera Norma, Molinares Sosa Alexandra. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia (2003), realizaron un estudio descriptivo transversal con 602 personas ancianas entre 60 y 94 años donde la prevalencia de depresión fue de 29,9% según la escala de depresión de Hamilton⁴.

Ávila Funes José Alberto, Melano Carranza Efrén, Payette Hélène, Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. México (2003), realizaron un estudio longitudinal con 1880 adultos mayores donde evaluaron los síntomas depresivos con una versión modificada de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y la dependencia con las Escalas de Lawton y Brody, y el índice de Katz. En el 2001, 37.9% mostró síntomas depresivos. En el 2003, 6.1 y 12.7% desarrollaron dependencia para al menos una de las actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD), respectivamente⁵.

Martínez Mendoza Jesús Alfonso, Martínez Ordaz Verónica Araceli, Esquivel Molina Víctor Manuel. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. México (2003). Estudio transversal prospectivo, se realizó en 320 adultos mayores, donde se encontró depresión en 50 % mediante la escala de Yesavage, dependencia en 62% mediante la escala de Katz. En el análisis existió

asociación entre depresión y edad mayor de 80 años, sexo femenino, hospitalización en el servicio de medicina, dependencia, vivir solo y presencia de enfermedades crónicas degenerativas⁶.

Patiño V Fredy Alonso, Cardona A Doris. Depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones de la Universidad de Antioquia, Medellín Colombia (2005). Determinaron la frecuencia de depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones de la Universidad de Antioquia. Estudio descriptivo transversal, estudiaron 100 jubilados a los cuales se le aplicó la EDG hallándose depresión total de 6%, encontrándose los valores más altos en las mujeres, se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión y la percepción de la situación económica⁷.

Castro Lizárraga Marcos, Ramírez Zamora Serafín, Aguilar Morales Luis, Díaz de Anda Víctor. Factores de riesgo asociados a depresión del adulto mayor. México (2006). Realizaron un estudio transversal analítico en 511 sujetos mayores de 60 años. La prevalencia de depresión encontrada fue de 41,7%. Se observó un riesgo fuerte para desarrollar depresión en los individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos, e inasistencia a asociaciones de convivencia, con un OR de 4,91; 3,96 y 3,14 respectivamente³.

Urbina Torija Juan Román, Flores Mayor José Miguel, García Salazar María Pilar. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. España (2007). Determinaron la prevalencia de los síntomas depresivos en personas mayores de 64 años y analizar su asociación con variables sociodemográficas, marcadores de fragilidad y enfermedades incapacitantes. Estudio descriptivo transversal donde la muestra fue de 417 personas mayores de 64 años del área

sanitaria de Guadalajara, para estimar los síntomas depresivos se utilizó el Test de Yesavage. La prevalencia de síntomas depresivos fue del 19,7% y tenían diagnóstico de depresión clínica el 5%. Los síntomas eran más frecuentes en el medio rural, aumentaban con la edad (p de tendencia lineal < 0,001) y estaban asociados con el riesgo social (p < 0,001), la comorbilidad (p < 0,001), el deterioro cognitivo (p < 0,01) y la discapacidad (p < 0,05). En el análisis multivariante a partir de modelos de regresión logística, sólo la comorbilidad (odds ratio [OR] = 2,38; IC del 95%, 1,35-4,20) y el riesgo social (OR = 2,69; IC del 95%, 1,50-4,83) mostraron una asociación estadísticamente significativa⁸.

2.2.2 Ámbito Nacional:

De la Torre Maslucan1 Jeanie, Shimabukuro Maeki Rosa, Varela Pinedo Luis. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia Setiembre 2002 a junio 2003 Lima – Perú. Se estudio 400 pacientes mayores de 60 años que no recibían tratamiento antidepresivo ni tenían evidencia de deterioro cognitivo y que acudieron al consultorio externo del Servicio de Geriatría del hospital nacional Cayetano Heredia. A ellos se les aplicó el DSM-IV, la escala de depresión geriátrica de 15 ítems y la escala de depresión geriátrica de 4 ítems. Resultados: la edad media fue 70,85 años (60-98 años), 66,25% fueron mujeres. El 17,3% tuvo depresión según DSM –IV, 11,8% según GDS-15 y 34,3% según GDS-4⁹.

Instituto Especializado de Salud mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Lima - Perú .Informe general. Estudio tipo descriptivo epidemiológico de corte transversal, en relación al grupo de adultos mayores se encontró una

prevalencia de depresión de 9, 8%, 7 % en el sexo masculino y 12,3 % en el sexo femenino¹⁰.

Varela Pinedo Luis, Chávez Jimeno Helver, Gálvez Cano Miguel, Méndez Silva Francisco. Funcionalidad en el adulto mayor previo a su hospitalización a nivel nacional. Determinar las características de la funcionalidad del adulto mayor en las 2 semanas previas a su hospitalización en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos. En base a la información del estudio “Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional”, que incluyó 400 pacientes de 60 años o más; se evaluó las características de la funcionalidad y se comparó los resultados de la funcionalidad con los principales síndromes y problemas geriátricos. Se encontró una frecuencia de autonomía funcional de 53%, el bañarse y el vestirse fueron las Actividades Básicas de la Vida Diaria más comprometidas con 44,5% y 39% respectivamente. Se encontró relación significativa entre funcionalidad y edad, situación socioeconómica, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión¹¹.

Mamani Tapia Lucía. Valoración del estado funcional de los socios del centro del adulto mayor de EsSalud Tacna 2003, el presente estudio determino el estado funcional de los socios del CAM de EsSalud y su relación con características sociodemográficas, estado clínico, cognitivo, afectivo, y situación social; estudio transversal, descriptivo y analítico, efectuado en 143 adultos mayores, tras aplicar el índice de katz, el 63,6 % de los socios de EsSalud eran independientes, 36,4% dependientes parciales. El estado funcional de los socios del centro del adulto mayor estuvieron relacionados significativamente con el estado clínico, la depresión, el estado funcional, y la situación social¹².

2.2 Marco teórico

Adulto mayor:

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el uso del término “adulto mayor” para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiples denominaciones como viejo, anciano, geronte, entre otras.

En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera como personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad².

Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia impostergable al envejecimiento del ser humano determinado como el proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, que consecuentemente incrementan la esperanza de vida, generan nuevas condiciones socio económicas a nivel nacional y mundial que repercuten en la calidad de vida de este grupo etario².

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de la reserva funcional¹³.

Por lo tanto envejecer constituye un proceso en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales¹⁴.

Depresión:**a) Concepto:**

Se define como trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida¹⁶.

La sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”¹⁵.

b) Epidemiología:

Diversos estudios epidemiológicos norteamericanos describen una prevalencia de depresión mayor de 1-5 % y una frecuencia 8–27 % de síntomas depresivos significativos en los adultos mayores que viven en la comunidad¹.

Otros estudios sugieren cifras del 10–25 % en mujeres y 5–12 % en los hombres para la depresión en general.

Las depresiones son más frecuentes en el sexo femenino (2 a1) y esto ha sido atribuido a transmisión genética, fisiología endocrina y a las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad.

Las depresión es menos frecuente en los casados y solteros que en los divorciados, separados o viudos¹⁶.

c) **Etiología:**

Causas primarias

Bioquímicos cerebrales

La teoría más popular ha postulado cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina) la teoría de las catecolaminas postula que en la depresión hay un déficit absoluto o relativo de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales.

Posteriormente se ha sugerido que un déficit de serotonina sería un prerrequisito básico en la etiología de la depresión, y que esto produciría una disminución de la monoaminoxidasa (MAO), enzima que degrada tanto las catecolaminas como la serotonina.

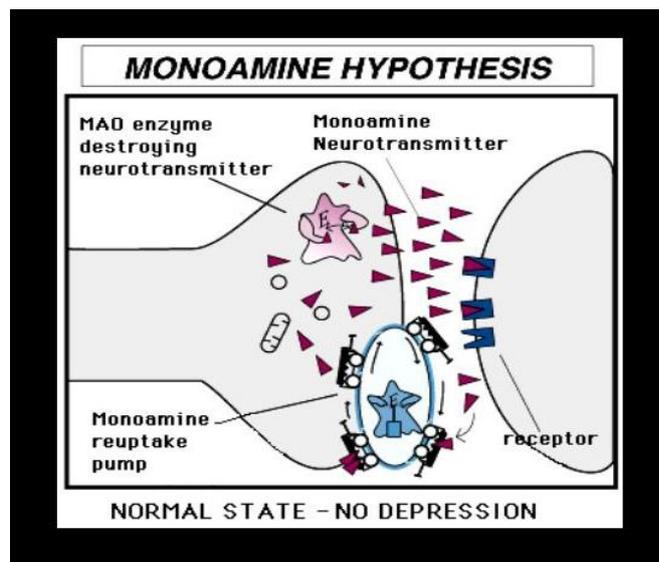


FIGURA 1. Hipótesis de las monoaminas en Trastornos no depresivos.

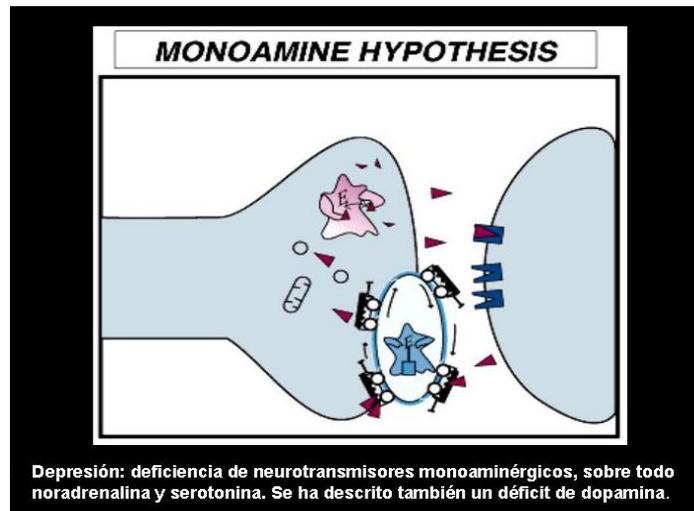


FIGURA 2. Hipótesis de las monoaminas. En los trastornos Depresivos hay deficiencia de neurotransmisores Monoaminérgicos.

Neurofisiológicos:

Uno de los hallazgos más consistentes en el electroencefalograma (EEG) del paciente deprimido es el acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño.

Neuroimágenes:

En algunos estudios muestran disminución del volumen del hipocampo, aumento del volumen de la amígdala derecha, o pérdida de la asimetría normal de las amígdalas, disminución del volumen de los ganglios basales, y disminución de la corteza prefrontal.

Causas secundarias: Ver tabla 1

CAUSAS SECUNDARIAS DE DEPRESIÓN
MEDICAMENTOS FRECUENTEMENTE ASOCIADOS CON DEPRESIÓN
Analgésicos y antiinflamatorios: Indometacina, fenacetina, fenibutazona.
Antibióticos: Cicloserina, isoniazida, sulfas, griseofulvina, etionamida.
Hipotensores: Clonidina, metildopa, propranolol, reserpina.
Antipsicóticos.
Drogas cardíacas: Digitálicos, procainamida.
Corticoesteroides y ACTH.
Disulfirán.
L – dopa.
ENFERMEDADES ORGÁNICAS
SIDA
Cáncer
Enfermedades respiratorias
Enfermedades cardiovasculares
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS
Alzheimer
Huntington
Parkinson
TRASTORNOS ENDOCRINOS
Hipotiroidismo
TRASTORNOS METABÓLICOS
Anemia perniciosa
Enfermedad de Wilson
ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS
Esquizofrenia

Tabla 1. Causas secundarias de depresión¹⁶

d) Criterios Diagnósticos de Depresión

La CIE 10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor, en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos) (Tabla 2 y 3). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad y el episodio debe de durar al menos dos semanas¹⁷.

Tabla 2. Criterios diagnósticos generales del episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras ~ Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta ~ Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual ~ Empeoramiento matutino del humor depresivo ~ Presencia de enlentecimiento motor o agitación ~ Pérdida marcada del apetito ~ Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes ~ Notable disminución del interés sexual
Fuente: Adaptado de OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.

Tabla 3. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas 2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. 2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. 3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
<p>C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad 2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida 4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones 5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición 6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo 7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso
<p>D. Puede haber o no síndrome Somático*</p>
<p>Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p> <p>Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p>
<p>Fuente: OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.</p>

El **DSM IV** utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer¹⁷. Ver Tabla 4.

Tabla 4. Criterios diagnósticos según la DSM- IV –TR

A	<p>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.</p> <p>(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.</p> <p>(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.</p> <p>(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>(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).</p> <p>(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).</p> <p>(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.</p>
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).
E	Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.
<p>Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.</p>	

Con frecuencia en el paciente mayor, la depresión se presenta en forma atípica y clínicamente no cumple con los criterios de una depresión mayor. Estos síndromes incompletos, denominados depresión menor o depresión NOS por el DSM-IV, tienen la misma repercusión en cuanto a morbimortalidad que la depresión mayor. De ahí la importancia de estar sensibilizado y alerta para sospechar el diagnóstico. Múltiples trabajos realizados en Estados Unidos han sido consistentes en demostrar que en la atención primaria más del 50-75% de los casos de enfermedades mentales comunes, incluyendo la depresión, pasan inadvertidas y no son diagnosticadas por largo tiempo. El subdiagnóstico de depresión se debe en parte a que las personas mayores tienden a no consultar espontáneamente por síntomas depresivos, o estos son erróneamente atribuidos a algo propio del envejecimiento. Por otro lado, tampoco existe la rutina de hacer tamizaje para la depresión en atención ambulatoria, todo lo cual lleva a que este problema pase largo tiempo sin ser diagnosticado o sea insuficientemente tratado¹.

La mejor estrategia de salud pública para combatir este problema es promover el uso rutinario de instrumentos de tamizaje para depresión en la atención del paciente mayor¹.

e) La Escala de Depresión Geriátrica como instrumento de tamizaje:

Existen múltiples instrumentos de evaluación de trastornos mentales que pueden facilitar la identificación de casos o probables casos de depresión, resultando de utilidad clínica, aunque en ningún momento deben sustituir al juicio clínico, que será el que confirme el diagnóstico.

Una de las escalas más utilizadas en la actualidad en población anciana es el cuestionario Geriatric Depression Scale de Yesavage

(GDS) (anexo 5). Escala también recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Se trata de una escala auto aplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión.

Sheikh y Yessavage propusieron posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva¹⁸.

De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-5 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 6-9 indica depresión leve; > 9 indica depresión establecida¹⁷.

Otros instrumentos desarrollados para evaluar depresión tenemos la escala de Depresión de Hamilton utilizada para medir la severidad de la depresión; no es un instrumento diagnóstico. Sirve para medir los cambios a través del tiempo y la respuesta al tratamiento. Este instrumento fue diseñado para cuantificar en forma sistemática los resultados de una entrevista clínica con pacientes diagnosticados con un trastorno depresivo. Ver tabla 5.

Tabla 5. Instrumentos desarrollados para evaluar depresión

<i>Instrumento, autor</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Población</i>	<i>Aplicación</i>	<i>Número de reactivos</i>
Escala de depresión geriátrica Yesavage	Detección de la depresión	Pacientes ancianos	auto aplicable	15
Escala de depresión Hamilton	Mide el efecto del tratamiento antidepressivo	Pacientes deprimidos	Clínico	17
Montgomery-Asberg	Mide intensidad de la depresión, respuesta al tratamiento	Pacientes deprimidos	Clínico	10
Escala de zung	Mide intensidad de la depresión	Pacientes deprimidos	auto aplicable	20

Fuente: Evaluación clínica en Psiquiatría¹⁹

Su relación con otros instrumentos como Escala Depresión de Hamilton es de 0.82, su relación con el Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale es de 0.82, con el Beck Depression Inventory es de 0.85 y con el Zung, la correlación de Pearson es de 0.84.

La consistencia interna de la escala también es elevada con un alfa de Cronbach entre 0.80 y 0.99. ²⁰Ver tabla 6.

Tabla 6. Indicadores clinimétricos

	INDICADOR	VALOR
Consistencia interna	Alpha de Cronbach	0.94
Consistencia Test – retest	Coefficiente de correlación	0.85
Validez		
Concurrente con Zung	R	0.84
Hamilton	R	0.83

Fuente: Evaluación clínica en Psiquiatría¹⁹

En este trabajo se va usar la versión corta de 15 preguntas de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage (EDG) por considerarla un instrumento útil en el despistaje de depresión en población mayor de 65 años¹⁵.

Factores asociados a la depresión en adultos mayores:

Varios factores biológicos, psicológicos y sociológicos pueden predisponer al desarrollo de la depresión²⁰. Los factores que se han invocado para la presentación de la depresión en los pacientes de la tercera edad para el presente trabajo de investigación son los siguientes:

Sexo:

El sexo femenino continúa como factor de riesgo para el desarrollo de depresiones, aunque globalmente las diferencias disminuyen entre ambos sexos, estas se mantienen en los cuadros más graves. A pesar de esto algunos estudios sugieren que la depresión en los varones ancianos es menos frecuente pero globalmente más graves²¹. Las mujeres presentan una prevalencia mayor que los varones en trastornos depresivos¹⁶. Diferentes estudios apoyan esta relación como el Estudio epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002 que se realizó en Perú¹⁰, y el realizado por Patiño⁷.

Edad:

En general, se puede afirmar que el riesgo global de patología mental aumenta con la edad²². La literatura generalmente apoya la tesis que a medida que esta aumenta, la posibilidad de padecer un trastorno depresivo es mayor, un ejemplo es el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia²³.

Estado Civil:

La muerte de uno de los compañeros matrimoniales conlleva a la depresión en los ancianos en un 14 % aproximadamente²⁴. Varios estudios encuentran que más del 50 % de adultos mayores son casados²⁵. Conforme a la literatura la relación de pareja estrecha, lazos afectivos entre ambos miembros, tanto para realizar tareas domésticas como para buscar compañía, constituye una verdadera fuente de apoyo a las personas de la tercera edad²⁵.

Apoyo Social

La asociación entre depresión y falta de apoyo social ha sido descrita hace largo tiempo, tradicionalmente el apoyo social considera el tamaño y la composición de la red social, la frecuencia y la satisfacción de los contactos sociales y el apoyo emocional e instrumental. Por lo tanto parece que una red social débil se asocia con un peor pronóstico en el curso de la depresión sobre todo en varones²⁶; Campo²⁷ reporta la importancia de los vínculos afectivos y el impacto que causa en los adultos mayores una deficiente red de apoyo social.

Nivel Socioeconómico

Los ancianos económicamente seguros, alertas y comunicativos son capaces de sobreponerse a las actividades sociales y continúan influyendo en la vida de otras personas, mientras que aquellos que no

se encuentran en esta posición se ven forzados a presentar el rol asignado por la sociedad y se deprimen fácilmente¹⁵, en la primera encuesta nacional de salud mental y consumo de sustancia Psicoactivas realizadas en Colombia resalta que los adultos mayores con depresión se ven afectados con mayor severidad sobre todo en los estratos bajo - bajo y medio bajo²⁹.

Nivel Educativo

La educación en los primeros años de vida junto con las oportunidades de aprendizaje durante toda la vida, pueden proporcionar a las personas mayores las aptitudes cognitivas y la confianza necesaria para adaptarse de forma satisfactoria a su envejecimiento²⁸. En el estudio de Martínez²⁹ el nivel de escolarización reveló diferencias estadísticamente significativas en depresión, siendo los valores más altos para aquellos que no tienen estudios o son primarios y los bajos para aquellos que tienen estudios superiores.

Dinámica Familiar:

Con respecto al papel de la familia varios estudios muestran que aquellos ancianos que mantienen un contacto cercano y frecuente con sus familiares presentan un menor número de síntomas depresivos⁴. Tiesca en su estudio encuentra mayor proporción de disfuncionalidad en 24,4% y este se comporta como un factor de riesgo⁴.

Dependencia Funcional

La dependencia en las actividades diarias y la discapacidad (62% con la escala de katz) son factores que se asocian con depresión³⁰ y están en estrecha relación con enfermedades como la depresión. Se menciona que cuando la dependencia sucede en etapas más tempranas de la vida se asocian más con la depresión⁶.

CAPITULO III

VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Variables:

- Depresión
- Factores socio demográfico: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, nivel socioeconómico.
- Apoyo social
- Función familiar
- Situación funcional

3.2 Operacionalización de las variables:

La depresión se relaciona con variables socio demográfico (Edad, Sexo, Grado de instrucción, Nivel socioeconómico, Estado civil), Apoyo Social, Función familiar, y Situación funcional.

- Edad: con la finalidad de comparar los resultados de este estudio con los de otros investigadores, se clasificó a los adultos mayores en 5 grupos de edades: de 60 a 64 años, 65 a 69 años, 70 a 74 años, 75 a 79 años, y de 80 a más años.
- Sexo: femenino o masculino
- Grado de instrucción: se clasificó en 4 categorías: sin grado de instrucción, primaria, secundaria, superior.
- Estado civil: se clasificó en soltero, casado, separado, divorciado, viudo.
- Nivel socioeconómico: se determinó aplicando el método de Evaluación del nivel socioeconómico ESOMAR(anexo 1)
- Apoyo social: aplicando el cuestionario DUKE- UNK (anexo 2).
- Función familiar: aplicando el Apgar familiar (anexo 3).
- Situación funcional: para su valoración se aplicó el índice de Katz (Anexo 4) que incluye 6 ABVD,
- Depresión: aplicando la escala de depresión geriátrica de Yesavage (Anexo 5).

VARIABLE	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIZACION
Edad	Años	Cuantitativa	razón	60 a 64 años 65 a 69 años 70 a 74 años 75 a79 años ≥ 80 años
Sexo	Masculino femenino	Cualitativa dicotómico	nominal	Hombre Mujer
Grado de instrucción	Años	Cualitativo Politómico	ordinal	Sin grado de instrucción Primaria Secundaria Superior
Estado civil	Condición de convivencia	Cualitativo Politómico	nominal	Soltero Casado Separado Viudo Divorciado
Nivel socioeconómico	Método de evaluación SNE ESOMAR	Cualitativo Politómico	ordinal	A = Muy alto B = Alto C = Medio - alto D = Medio - bajo E = Bajo
Apoyo social	Cuestionario DUKE - UNK	Cualitativo Politómico	nominal	Apoyo normal Apoyo social bajo
Función familiar	Apgar familiar	Cualitativo Politómico	ordinal	Buen funcionamiento familiar Disfunción familiar leve Disfunción familiar severa
Situación funcional	Índice de katz	Cualitativo Politómico	nominal	Independiente Dependencia parcial Dependencia total
Depresión	Escala de depresión geriátrica de Yesavage	Cualitativo Politómico	ordinal	No depresión Depresión leve Depresión establecida

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño del Estudio:

Descriptivo, transversal, prospectivo

4.2 Ámbito de Estudio:

El presente estudio se realizó en el Centro del Adulto Mayor del Hospital III Daniel Alcides Carrión – EsSalud Tacna.

El Hospital III Daniel Alcides Carrión Red asistencial EsSalud – Tacna cuenta con una población total de 74 mil 700 asegurados hasta diciembre del 2008. Los adultos mayores que se encontraban inscritos en el CAM EsSalud Tacna hasta Setiembre del 2008 eran de 621, de los cuales solo participaban 172 en los diversos talleres del CAM.

4.3 Población y muestra.

4.3.1 Población:

La constituyeron 172 adultos mayores del CAM EsSalud-Tacna

Tipo muestreo: no probabilístico por conveniencia³¹.

Estuvo constituida por todos los adultos mayores que asisten al CAM EsSalud-Tacna y que cumplieron con los criterios de inclusión.

4.3.3 Unidad Reportante:

Se elaboró una ficha para la recolección de datos tipo encuesta por lo cual la información se obtuvo directamente de los adultos mayores; aquellos que tuvieron dificultad para la realización de la encuesta se les ayudó mediante entrevista directa. Para llevar a cabo este proceso se contó con la aprobación del comité de

investigación y ética del hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud – Tacna. Se garantizó la protección de la intimidad, de acuerdo con la declaración de Helsinki³² de 1975.

1.4.4 Criterios de Inclusión

- ✓ Adulto de 60 años a más que sean socios del CAM EsSalud Tacna.

1.4.5 Criterios de Exclusión

- ✓ Adulto de 60 años a más que no sean socios del CAM EsSalud Tacna.
- ✓ Adulto mayor con cualquier patología que provoque deterioro cognitivo identificado en la entrevista y observación del mismo.
- ✓ Todo adulto mayor que no desee colaborar con la entrevista

4.4 Instrumentos de Recolección de datos.

- Cuestionario sobre datos socio demográficos: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción.
- El método de evaluación socioeconómico ESOMAR (anexo 1) para identificar los niveles socioeconómicos.
 - A = Muy alto
 - B = Alto
 - C = Medio- alto
 - D = Medio - bajo
 - E = Bajo
- El cuestionario DUKE – UNK (anexo 2) para valorar el Apoyo social. Se clasifica según la puntuación obtenida en 2 categorías.
 - Apoyo normal : ≥ 32
 - Apoyo bajo : < 32
- Apgar familiar (anexo 3) para valorar el Funcionamiento familiar. Se clasifica según la puntuación obtenida en 3 categorías.
 - Disfunción grave : 0 – 3
 - Disfunción leve : 4 - 6
 - Familia funcional : 7 - 10

- Índice de katz (anexo 4) para valorar la Situación funcional. Se clasifica en 3 categorías
 - Independiente : ningún ítem positivo de dependencia.
 - Dependiente parcial : 1 a 5 ítems positivo de dependencia.
 - Dependencia total : 6 ítems positivo de dependencia.
- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Anexo 5) por medio de la cual se identificaron los niveles de Depresión. Se clasifica según la puntuación obtenida en 3 categorías.
 - No depresión o normal : < 5 puntos
 - Depresión leve: 6 – 9 puntos
 - Depresión establecida: > 9 puntos.

CAPITULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se realizo un análisis descriptivo de los aspectos socio demográficos (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, nivel socioeconómico), apoyo social, situación familiar, así como los niveles de depresión, para lo cual se aplicaron medidas estadísticas de frecuencias, porcentajes, media, desviación típica. Para establecer la relación entre variables, se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson aceptando un nivel de significancia $p < 0,05$. En el análisis de la información se utilizo el programa estadístico SPSS Statistics 17.0, y el programa Microsoft Office Excel 2007 para cumplir con los objetivos de la investigación.

CAPITULO VI

PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Prevalencia = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos con la enfermedad en un momento dado}}{\text{Total de población en ese momento}}$

Total de población en ese momento

$$\text{Prevalencia} = \frac{38}{172} \times 100 \%$$

$$\text{Prevalencia} = 22,1 \%$$

Prevalencia = 22,1%

- La prevalencia de adultos mayores con depresión en el CAM EsSalud - Tacna fue de 22,1%.
- La prevalencia en el sexo masculino fue de 5,2%.
- La prevalencia en el sexo femenino fue de 16,9%.

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA 1

Distribución de frecuencia según Grupos de Edad en el CAM EsSalud Tacna -
2008

Grupos de edad	N°	%
60 a 64	51	29,7
65 a 69	45	26,1
70 a 74	25	14,5
75 a 79	33	19,2
> 80	18	10,5
Total	172	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

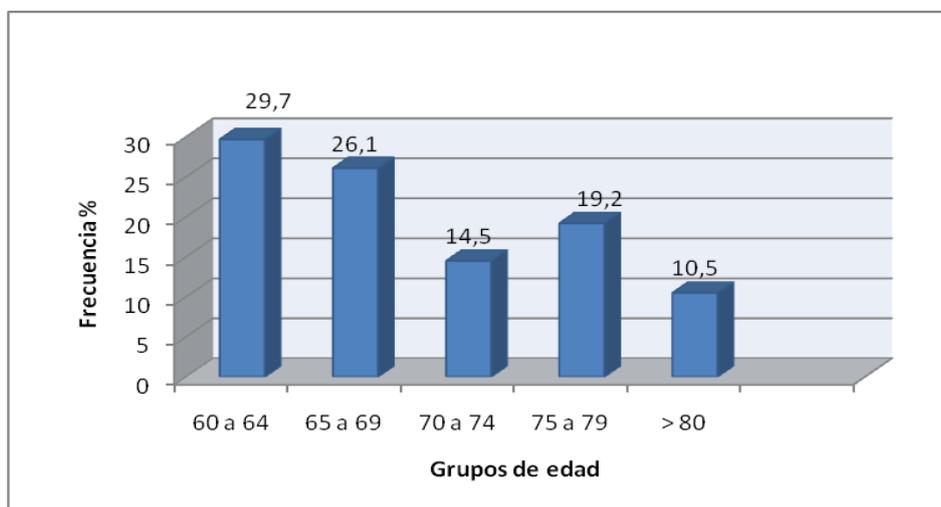
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

La población estudiada fue de 172 adultos mayores del CAM EsSalud Tacna. La edad promedio fue de 69,3 años con una desviación típica de +/- 7,4 años.

En la Tabla 1, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna según grupos etarios; el 29,7% tiene entre 60 a 64 años, 26,1% entre 65 a 69 años, 14,5% entre 70 a 74 años, 19,2% entre 75 a 79 años, y 10,5% más de 80 años.

GRAFICO N° 1

Distribución de frecuencia según grupos de edad en el CAM EsSalud Tacna -
2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

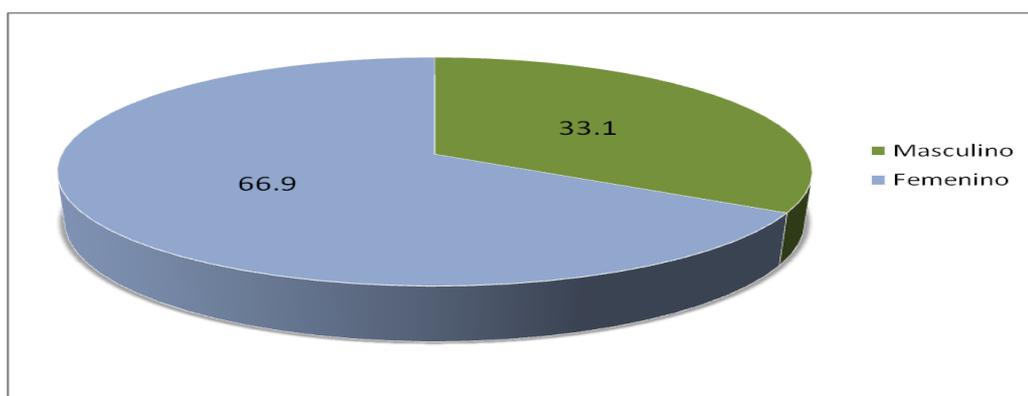
TABLA 2
Distribución de frecuencia según sexo en el CAM EsSalud Tacna – 2008

Sexo	N°	%
Masculino	57	33,1
Femenino	115	66,9
Total	172	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 2, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna según sexo, 66,9 % de la muestra está constituida por el sexo femenino, y 33,1% está constituida por el sexo masculino.

GRAFICA 2
Distribución de frecuencia según Sexo en el CAM EsSalud Tacna - 2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA 3

Distribución de frecuencia según Grado de Instrucción en el CAM EsSalud Tacna
- 2008

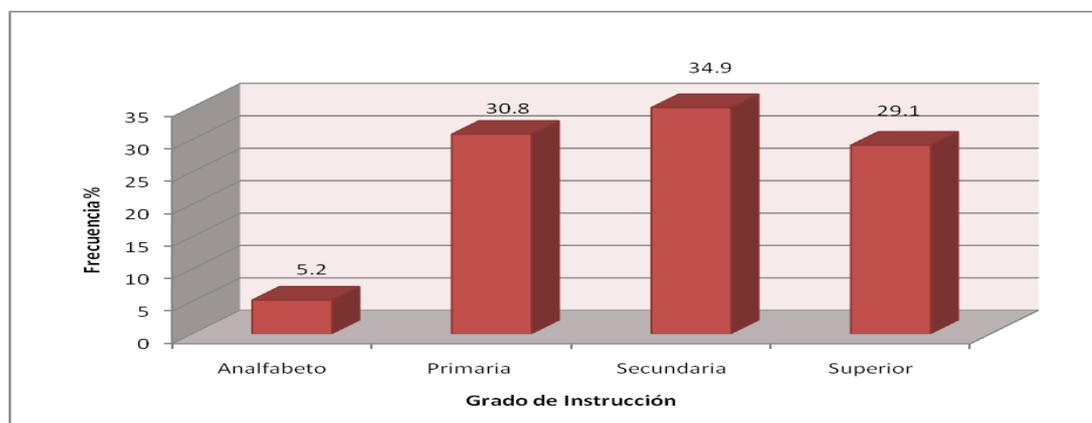
Grado de instrucción	N°	%
Analfabeto	9	5,2
Primaria	53	30,8
Secundaria	60	34,9
Superior	50	29,1
Total	172	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 3, se observa distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna según Grado de instrucción, el 5,2% son analfabetos, 30,8% tienen estudios primarios, 34,9% tienen estudios secundarios, y 29,1% tienen estudios superiores.

GRAFICA 3

Distribución de frecuencia según grado de instrucción en el CAM EsSalud Tacna
- 2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA 4

Distribución de frecuencia según Estado Civil en el CAM EsSalud Tacna - 2008

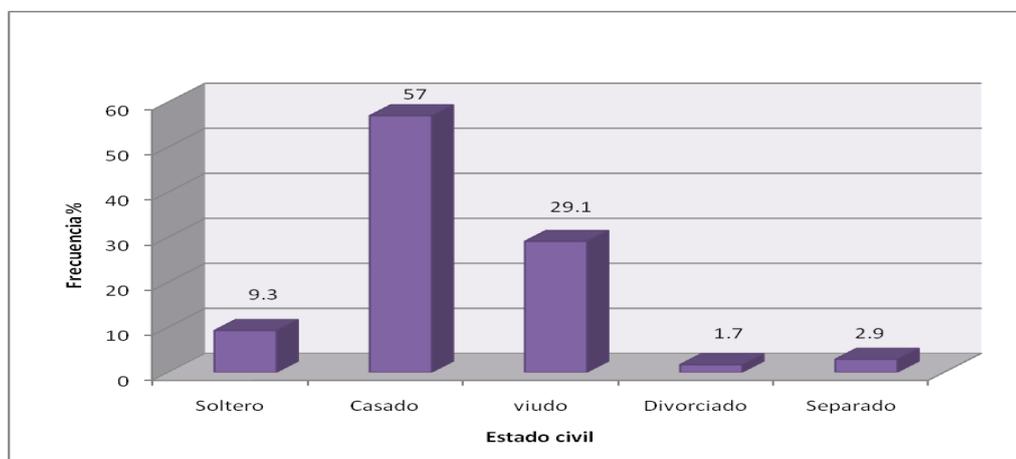
Estado civil	N	%
Soltero	16	9,3
Casado	98	57,0
viudo	50	29,1
Divorciado	3	1,7
Separado	5	2,9
Total	172	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 4, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna según Estado Civil, 9,3 % son solteros; 57% casados; 29,1% viudos; 1,7% divorciados, y 2,9% son separados.

GRAFICO 4

Distribución de frecuencia según Estado civil en el CAM EsSalud Tacna - 2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA N° 5

Distribución de frecuencia según Nivel Socioeconómico en el CAM EsSalud
Tacna - 2008

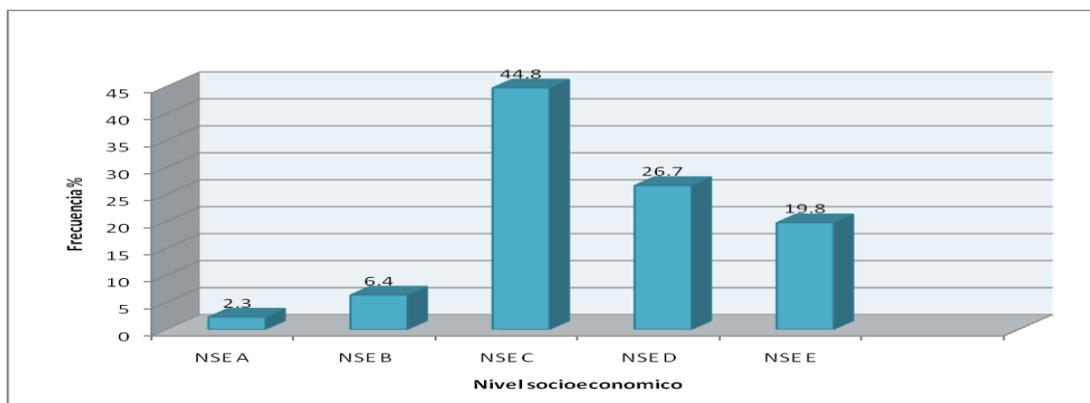
Nivel socioeconómico	N°	%
NSE A	4	2,3
NSE B	11	6,4
NSE C	77	44,8
NSE D	46	26,7
NSE E	34	19,8
Total	172	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 5, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna según Nivel Socioeconómico, un 2,3% pertenece al NSE A; 6,4% NSE B; 44,8% NSE C; 26,7% NSE D; y 19,8% al NSE E.

GRAFICO N°5

Distribución de frecuencia según nivel socioeconómico en el CAM EsSalud
Tacna - 2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA N°6

Distribución de frecuencia según Situación Funcional en el CAM EsSalud Tacna -
2008

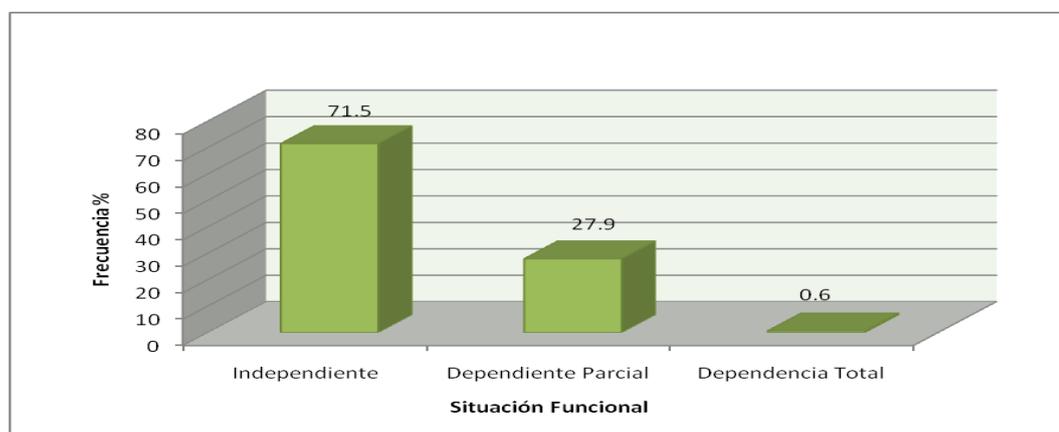
Situación funcional	N	%
Independiente	123	71,5
Dependiente Parcial	48	27,9
Dependencia Total	1	0,6
Total	172	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 6, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna según niveles de Situación Funcional, un 71,5% son independientes; 27,9% son dependientes parciales; y un 0,6% son dependientes totales.

GRAFICO N°6

Distribución de frecuencia según Situación Funcional en el CAM EsSalud Tacna -
2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA N°7

Distribución de frecuencia según Apoyo social en el CAM EsSalud Tacna – 2008

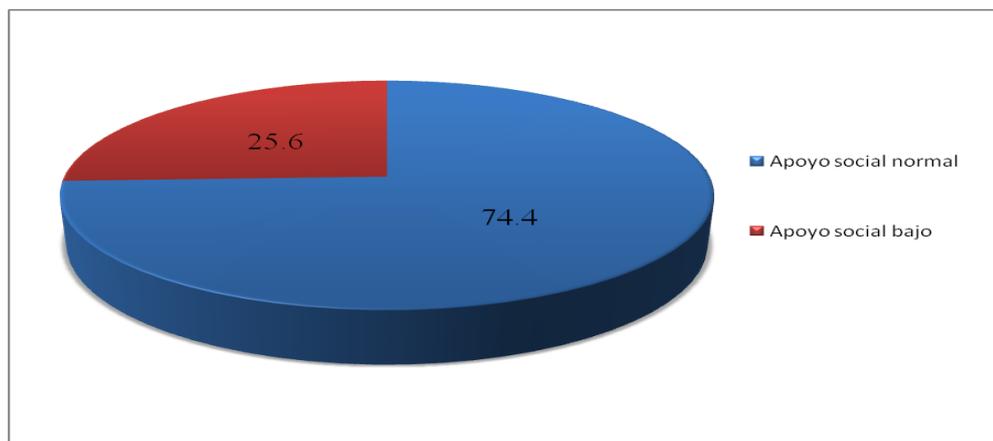
Apoyo social	N	%
Apoyo social normal	128	74,4
Apoyo social bajo	44	25,6
Total	172	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 7, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna según tipo de apoyo social, un 74,4% presentaron apoyo social normal; mientras que 25,6% presentaron apoyo social bajo.

GRAFICO N°7

Distribución de frecuencia según Apoyo social en el CAM EsSalud Tacna – 2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA N°8

Distribución de frecuencia según Dinámica familiar en el CAM EsSalud Tacna –
2008

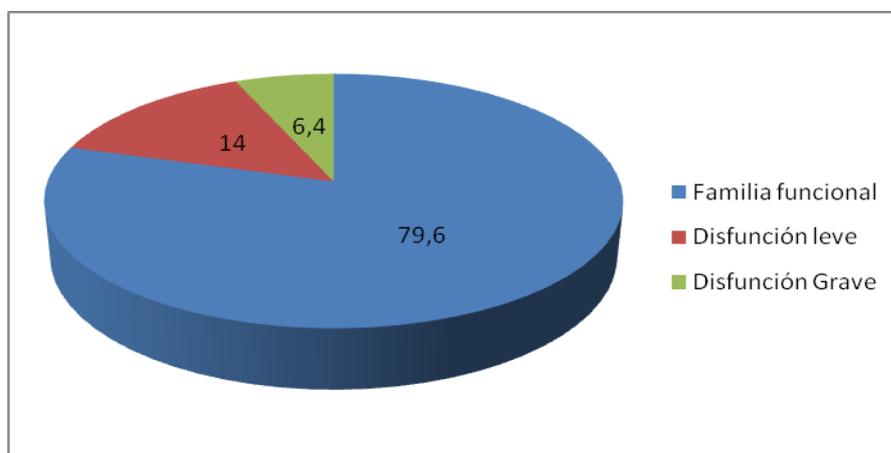
Función familiar	N	%
Familia funcional	137	79,6
Disfunción leve	24	14,0
Disfunción grave	11	6,4
Total	172	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 8, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna según niveles de Dinámica Familiar, un 79,6% presentaron Familia Funcional; 14% presentaron Disfunción Leve, y un 6,4% Disfunción Grave.

GRAFICO N°8

Distribución de frecuencia según Dinámica familiar en el CAM EsSalud Tacna –
2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA N°9

Distribución de frecuencia según Depresión en el CAM EsSalud Tacna – 2008

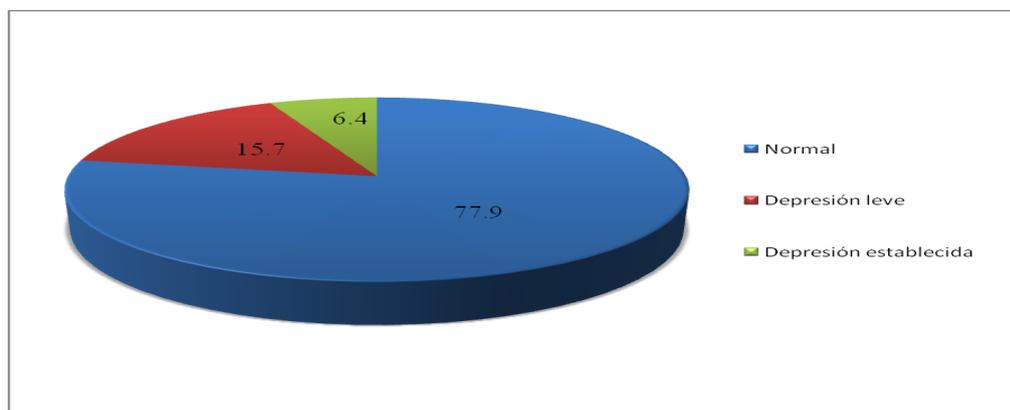
Niveles de depresión	N	%
Normal	134	77,9
Depresión leve	27	15,7
Depresión establecida	11	6,4
Total	172	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 9, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna según niveles de Depresión, tras aplicar la escala de Yesavage. El 77,9% fueron normales, 15% presentaron Depresión Leve, y un 6,4% presentaron Depresión Establecida.

GRAFICO N°9

Distribución de frecuencia según Dinámica familiar en el CAM EsSalud Tacna –
2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA N°10

Distribución de frecuencia de Depresión según grupos de edad en el CAM
EsSalud Tacna -2008

Grupos de edad	Depresión						Total	Chi cuadrado	P	
	Normal		Depresión leve		Depresión establecida					
	N°	%	N°	%	N°	%				
60 a 64	40	23,3	8	4,7	3	1,7	51	29,7	2,071	0,979
65 a 69	36	20,9	6	3,5	3	1,7	45	26,1		
70 a 74	17	9,9	6	3,4	2	1,2	25	14,5		
75 a 79	26	15,1	5	2,9	2	1,2	33	19,2		
> 80	15	8,7	2	1,2	1	0,6	18	10,5		
Total	134	77,9	27	15,7	11	6,4	172	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

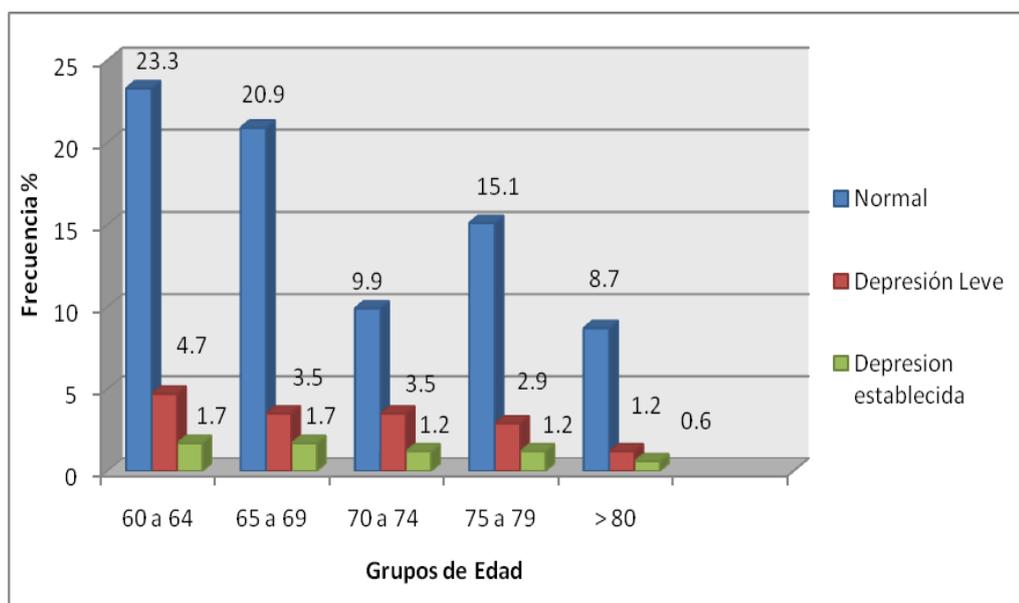
En la Tabla 10, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna por Niveles de Depresión según grupos de edad. Los valores Normales obtenidos para cada grupo de edad fueron de 23,3%, 20,9%, 9,9%, 15,1%, 8,7% en los grupos de edades de 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, y mayores de 80 años respectivamente.

Los valores de Depresión Leve obtenidos para cada grupo de edad fueron de 4,7%, 3,5%, 3,4%, 2,9%, 1,2% en los grupos de edades de 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, y mayores de 80 años respectivamente.

Los valores de Depresión Establecida obtenidos para cada grupo de edad fueron de 1,7%, 1,7%, 1,2%, 1,2%, 0,6% en los grupos de edades de 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, y mayores de 80 años respectivamente. Al contrastar por medio del chi cuadrado no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,979$).

GRAFICA N°10

Distribución de frecuencia de Depresión según Grupos de Edad en el CAM
EsSalud Tacna- 2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA N°11

Distribución de frecuencia de Depresión según Sexo en el CAM EsSalud Tacna-
2008

Sexo	Depresión						Chi cuadrado	P		
	Normal		Depresión leve		Depresión establecida				Total	
	N°	%	N°	%	N°	%				
Masculino	48	27,9	8	4,7	1	0,6	57	33,2	3,456	0,178
Femenino	86	50,0	19	11,0	10	5,8	115	66,8		
Total	134	77,9	27	15,7	11	6,4	172	100,0		

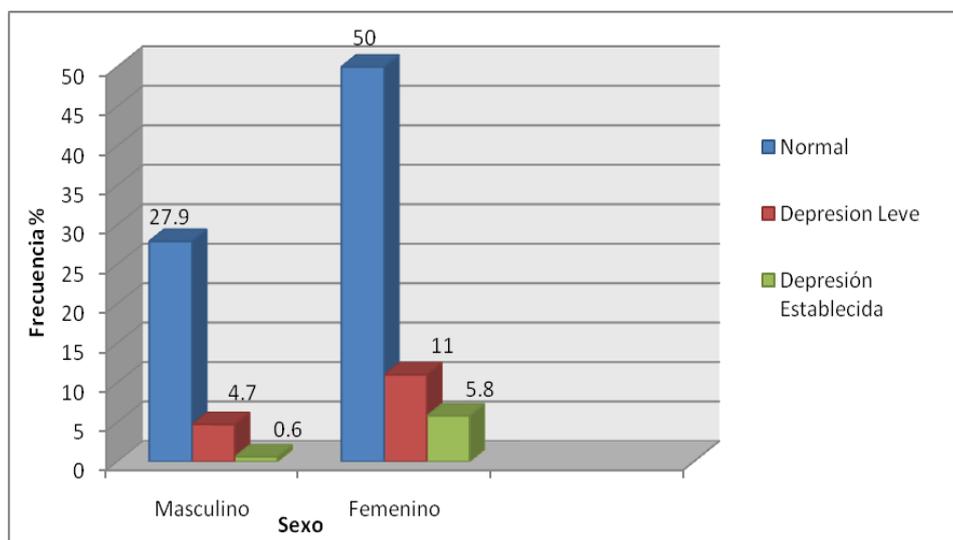
Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 11, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna por Niveles de Depresión según sexo. Los valores Normales obtenidos para el sexo masculino fueron de 27,9% y el femenino 50%.

Los valores de Depresión Leve obtenidos para el sexo masculino fueron de 4,7% y el femenino 11%.

Los valores de Depresión Establecida obtenidos para el sexo masculino fueron de 0,6% y el femenino 5,8%. Al contrastar por medio del chi cuadrado no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,178$).

GRAFICOS N°11
Distribución de frecuencia de Depresión según Sexo en el CAM EsSalud Tacna
2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA N°12
Distribución de frecuencia de Depresión según Grado de Instrucción en el CAM
EsSalud Tacna -2008

Grado de instrucción	Depresión						Total		Chi cuadrado	P
	Normal		Depresión leve		Depresión establecida					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Analfabeto	4	2,3	3	1,7	2	1,2	9	5,2	21,143	0,002
Primaria	33	19,2	14	8,1	6	3,5	53	30,8		
Secundaria	53	30,8	5	2,9	2	1,2	60	34,9		
Superior	44	25,6	5	2,9	1	0,6	50	29,1		
Total	134	77,9	27	15,6	11	6,5	172	100,0		

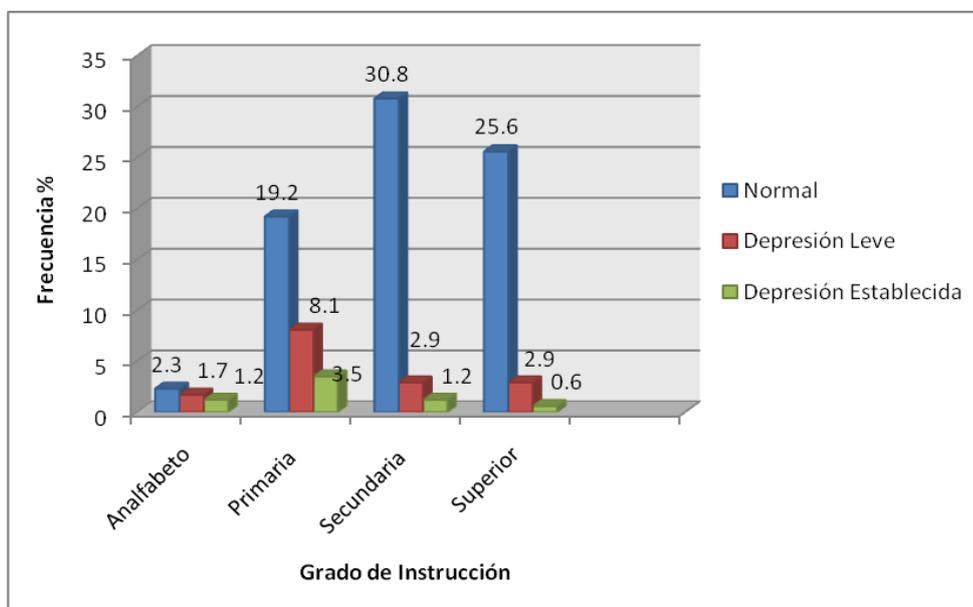
Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 12, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna por Niveles de Depresión según Grado de Instrucción. Los valores Normales obtenidos para los adultos mayores con analfabetismo fueron de 2,3%, con primaria 19,2%, con secundaria 30,8%, y con superior 25,6%.

Los valores de Depresión Leve obtenidos para adultos mayores con analfabetismo fueron de 1,7%, con primaria 8,1%, con secundaria 2,9%, y con superior 2,9%.

Los valores de Depresión Establecida obtenidos para adultos mayores con analfabetismo fueron de 1,2%, con primaria 3,5%, con secundaria 1,2%, y con superior 0,6%. Al contrastar por medio del chi cuadrado resulto ser estadísticamente significativo ($p = 0,002$).

GRAFICA N° 12
Distribución de frecuencia de Depresión según Grado de Instrucción en el CAM
EsSalud Tacna -2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA N°13
Distribución de frecuencia de Depresión según estado civil en el CAM EsSalud
Tacna 2008

Estado civil	Depresión						Total		Chi cuadrado	p
	Normal		Depresión leve		Depresión establecida					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Soltero	12	7,0	1	0,6	3	1,7	16	9,3	9,031	0,340
Casado	77	44,8	17	9,9	4	2,3	98	57,0		
Viudo	38	22,1	9	5,2	3	1,8	50	29,1		
Divorciado	3	1,7	0	0,0	0	0,0	3	1,7		
Separado	4	2,3	0	0,0	1	0,6	5	2,9		
Total	134	77,9	27	15,7	11	6,4	172	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 13, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna por Niveles de Depresión según Estado Civil. Los valores Normales obtenidos para los adultos mayores solteros fueron de 7,0%, casados 44,8%, viudos 22,1%, divorciados 1,7%, y separados 2,3%.

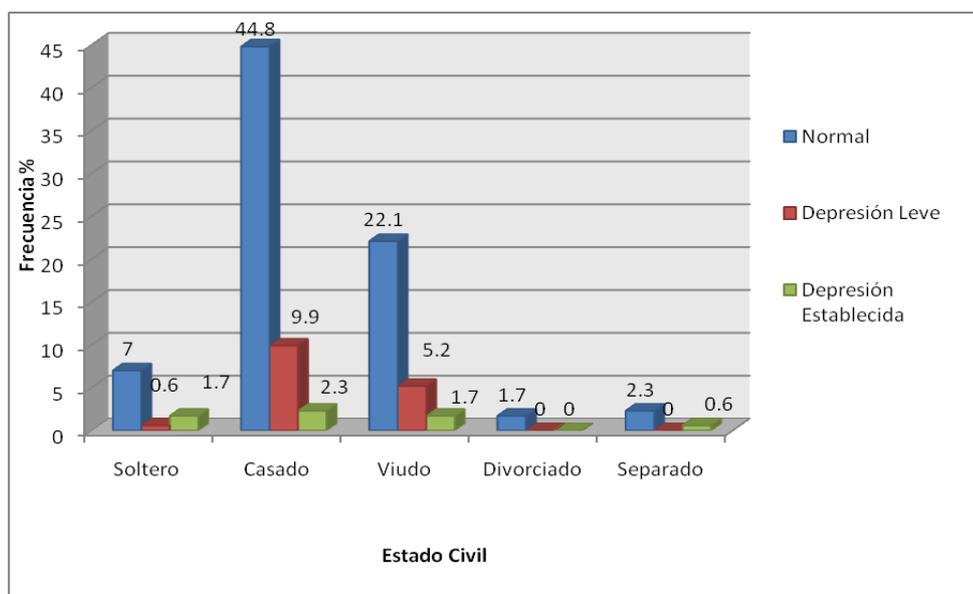
Los valores de Depresión Leve obtenidos para adultos mayores solteros fueron de 0,6%, casados 9,9%, viudos 5,2%, divorciados 0,0%, y separados 0,0%.

Los valores de Depresión Establecida obtenidos para adultos mayores solteros fueron de 1,7%, casados 2,3%, viudos 1,7%, divorciados 0,0%, y separados 0,6%.

Al contrastar por medio del chi cuadrado no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,340$).

GRAFICO N°13

Distribución de frecuencia de Depresión según Estado Civil en el CAM EsSalud
Tacna 2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA N°14
Distribución de frecuencia de Depresión según Nivel Socioeconómico en el CAM
EsSalud Tacna 2008

NSE	Depresión								Chi cuadrado	p
	Normal		Depresión leve		Depresión establecida		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
NSE A	3	1,7	1	0,6	0	0,0	4	2,3	10,901	0,207
NSE B	10	5,8	0	0,0	1	0,6	11	6,4		
NSE C	65	37,8	8	4,7	4	2,3	77	44,8		
NSE D	29	16,9	13	7,5	4	2,3	46	26,7		
NSE E	27	15,7	5	2,9	2	1,2	34	19,8		
Total	134	77,9	27	15,7	11	6,4	172	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 14, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna por Niveles de Depresión según Nivel Socioeconómico. Los valores Normales obtenidos para los adultos mayores con NSE A fueron de 1,7%, con NSE B 5,8%, NSE C 37,8%, NSE D 16,9%, y con NSE E 15,7%.

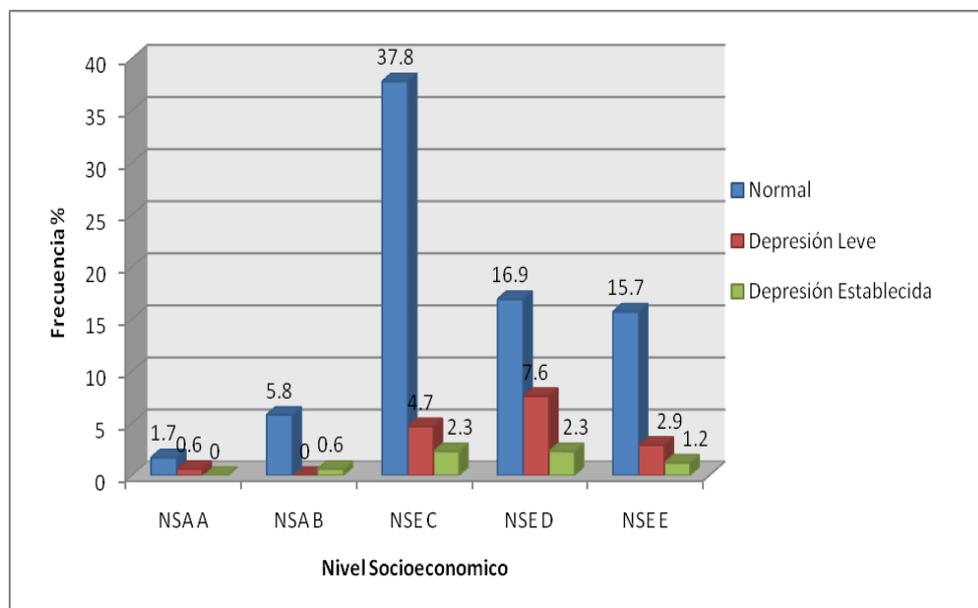
Los valores de Depresión Leve obtenidos para adultos mayores con NSE A fueron de 0,6%, con NSE B 0,0%, NSE C 4,7%, NSE D 7,5%, y con NSE E 2,9%.

Los valores de Depresión Establecida obtenidos para adultos mayores con NSE A fueron de 0,0%, con NSE B 0,6%, NSE C 2,3%, NSE D 2,3%, y con NSE E 1,2%. Al contrastar por medio del chi cuadrado no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,207$).

GRAFICO N°14

Distribución de frecuencia de Depresión según Nivel socioeconómico en el CAM

EsSalud Tacna 2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA N°15

Distribución de frecuencia de Depresión según Situación Funcional en el CAM
EsSalud Tacna 2008

Situación funcional	Depresión						Total		Chi cuadrado	p
	Normal		Depresión leve		Depresión establecida					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Independiente	103	59,9	14	8,1	6	3,5	123	71,5	12,763	0,012
Dependiente Parcial	31	18,0	12	7,0	5	2,9	48	27,9		
Dependencia Total	0	0,0	1	0,6	0	0,0	1	0,6		
Total	134	77,9	27	15,7	11	6,4	172	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 15, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna por Niveles de Depresión según Situación Funcional. Los valores Normales obtenidos para los adultos mayores con Independencia fueron de 59,9%, Dependencia Parcial 18,0%, y Dependencia Total 0,0%.

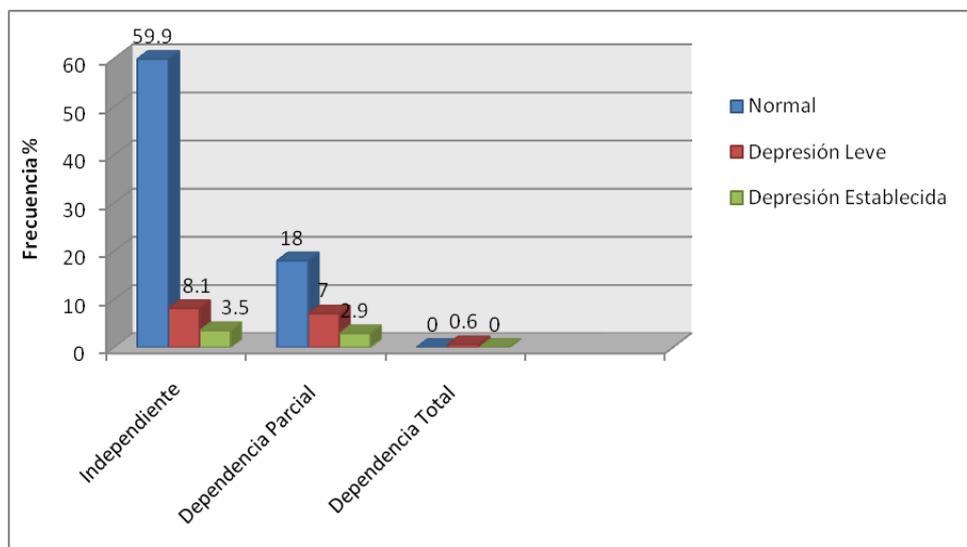
Los valores de Depresión Leve obtenidos para adultos mayores con Independencia fueron de 8,1%, Dependencia Parcial 7,0%, y Dependencia Total 0,6%.

Los valores de Depresión Establecida obtenidos para adultos mayores con Independencia fueron de 3,5%, Dependencia Parcial 2,9%, y Dependencia Total 0,0%. Al contrastar por medio del chi cuadrado resulto ser estadísticamente significativo ($p = 0,012$).

GRAFICO N°15

Distribución de frecuencia de Depresión según Situación funcional en el CAM

EsSalud Tacna 2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA N°16

Distribución de frecuencia de Depresión según Apoyo social en el CAM EsSalud
Tacna 2008

Apoyo social	Depresión						Total		Chi cuadrado	p
	Normal		Depresión leve		Depresión establecida					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Apoyo social normal	105	61,0	18	10,5	5	2,9	128	74,4	6,792	0,034
Apoyo social bajo	29	16,9	9	5,2	6	3,5	44	25,6		
Total	134	77,9	27	15,7	11	6,4	172	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

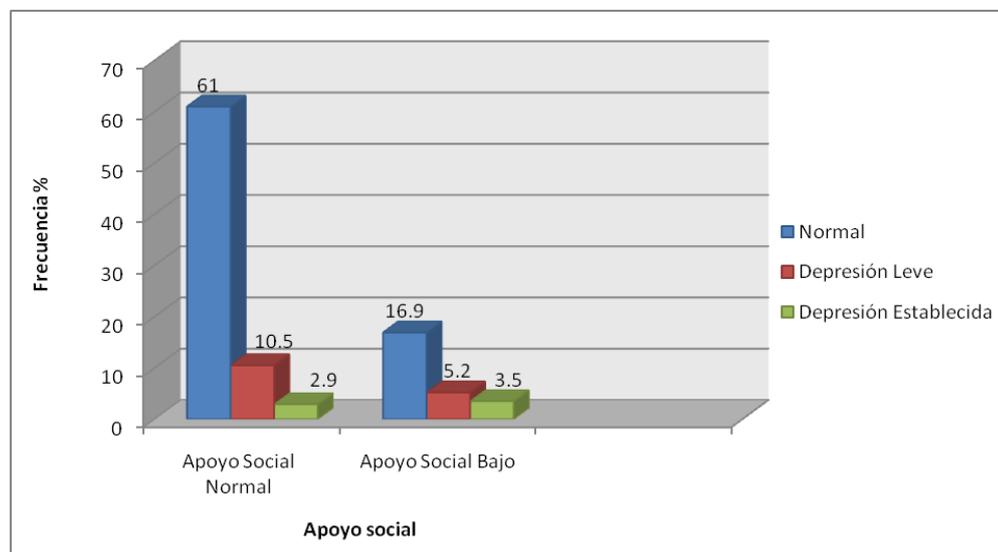
En la Tabla 16, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna por Niveles de Depresión según Apoyo Social. Los valores Normales obtenidos para los adultos mayores con Apoyo Social Normal fueron de 61,0%, y Apoyo Social Bajo 16,9%. Los valores de Depresión Leve obtenidos para adultos mayores con Apoyo Social Normal fueron de 10,5%, y Apoyo Social Bajo 5,2%.

Los valores de Depresión Establecida obtenidos para adultos mayores con Apoyo Social Normal fueron de 2,9%, y Apoyo Social Bajo 3,5%. Al contrastar por medio del chi cuadrado resulto ser estadísticamente significativo ($p = 0,034$).

GRAFICO N°16

Distribución de frecuencia de Depresión según Apoyo Social en el CAM EsSalud

Tacna 2008



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION EN EL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION Es
SALUD TACNA – 2008**

TABLA N°17

Distribución de frecuencia de Depresión según Dinámica Familiar en el CAM
EsSalud Tacna 2008

Dinámica Familiar	Depresión						Chi cuadrado	p		
	Normal		Depresión leve		Depresión establecida				Total	
	N°	%	N°	%	N°	%				N°
Familia funcional	114	66,3	17	9,8	6	3,5	137	79,6	12,919	0,012
Disfunción leve	13	7,6	8	4,7	3	1,7	24	14		
Disfunción grave	7	4,0	2	1,2	2	1,2	11	6,4		
Total	134	77,9	27	15,7	11	6,4	172	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 17, se observa la distribución de los adultos mayores del CAM EsSalud Tacna por Niveles de Depresión según Dinámica Familiar. Los valores Normales obtenidos para los adultos mayores con Familia Funcional fueron 66,3%, Disfunción Leve 7,6%, y con Disfunción Grave 4,0%.

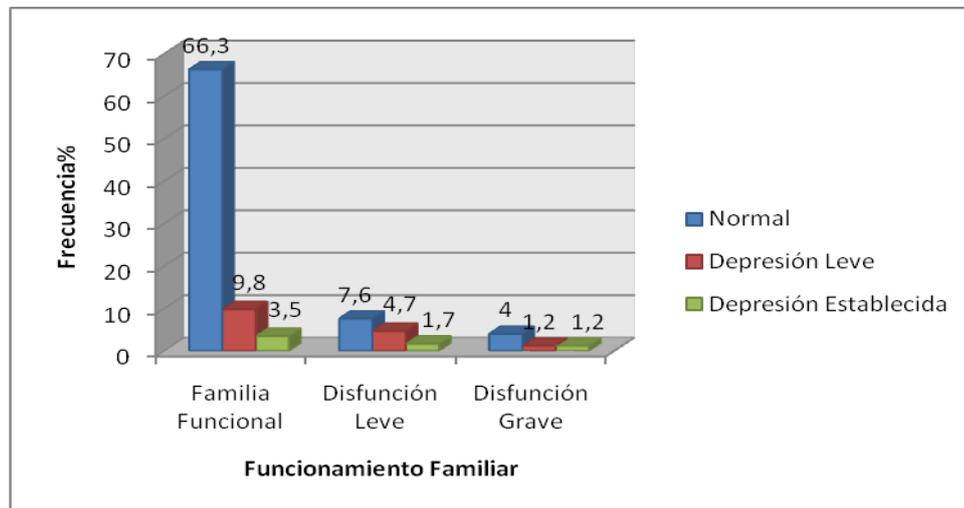
Los valores de Depresión Leve obtenidos para adultos mayores con Familia Funcional fueron 9,8%, Disfunción Leve 4,7%, y con Disfunción Grave 1,2%.

Los valores de Depresión Establecida obtenidos para adultos mayores con Familia Funcional fueron 3,5%, Disfunción Leve 1,7%, y con Disfunción Grave 1,2%. Al contrastar por medio del chi cuadrado resulto ser estadísticamente significativo ($p = 0,012$).

GRAFICO N°17

Distribución de frecuencia de Depresión según Dinámica Familiar en el CAM

EsSalud Tacna 2008



DISCUSION:

En la población en estudio se detectó una proporción de adultos mayores con depresión de 22,1 % la cual se considera alta a nivel nacional si se compara con el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002¹⁰ y el realizado por de la Torre⁹ que muestra proporciones de 9,8%, y 11,8% respectivamente, sin embargo a nivel internacional las cifras son más elevadas como las halladas por Tuesca⁴ (29,9%) y Ávila⁵ (37,9%).

Con respecto a la edad, la literatura generalmente apoya la tesis que a medida que esta aumenta, la posibilidad de padecer un trastorno depresivo es mayor, un ejemplo es el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia²³, donde la más alta presencia de depresión se encontró en las personas de 60 a 65 años en 12,8% y el realizado por Márquez³⁴ donde predominó entre los 60 a 69 años, mientras Tuesca⁴ encontró 32,7% en el grupo de 65 a 69 años resultado similar a nuestro estudio. Sin embargo la asociación de estas dos variables no presentó relación estadísticamente significativa.

En relación con el sexo en esta investigación se halló una mayor presencia de depresión en las mujeres (16,8%) que en los hombres; situación acorde con varios trabajos de investigación como el Estudio epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002¹⁰ (12,3%), y el realizado por Tuesca⁴ donde encontró un 59,4%, pero en ninguno de los estudios hubo relación estadísticamente significativa.

Respecto al estado civil y la depresión, en el presente estudio no se encontró relación estadísticamente significativa, pero al comparar con otros estudios como el realizado por Tuesca²³ encuentra mayor presencia de depresión en los casados en un 34,6% datos similares a nuestro estudio, pero otros muestran mayor presencia en los separados, viudos y divorciados como el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia²³ en un 21,3%. Se podría explicar quizás porque hay otros factores que pueden estar influyendo en la depresión de este grupo.

Analizando la depresión en relación con el grado de instrucción, se encontró relación estadísticamente significativa, al observar nuestros resultados vemos que la mayoría de adultos mayores que presenta depresión tiene nivel de instrucción primaria (11,6%). Hallazgos de similar asociación traen los estudios de Tuesca⁴ (47,5%) Martínez²⁹ y Campos²⁷ (55,7%), pero en mayor proporción, al parecer, el tener un bajo nivel de instrucción hace más propensas a las personas a padecer un cuadro depresivo. El bajo nivel de escolaridad, sin dudas incide negativamente a la hora de buscar soluciones acertadas a los problemas de la vida cotidiana, y por ende, la frustración de no poder comprender y/o dominar el medio genera depresión en el adulto mayor, que logra adaptarse con dificultades a las exigencias del mundo actual o no logra hacerlo.

Con respecto a depresión y nivel socioeconómico, en esta investigación no se encontró relación estadísticamente significativa similar al estudio de Hernández³⁵ sin embargo por otros estudios como el realizado por Patiño⁷ el tener un mal nivel socioeconómico se asocia a depresión en un 22,2%. Se sabe que las personas mayores que no tengan suficientes ingresos o mal nivel socioeconómico pueden incidir de forma negativa sobre su salud. Está bastante claro que el nivel socioeconómico con que cuentan las personas favorecerá o limitará el tipo de vida que lleven en la última etapa de la vida.

Con respecto a la depresión y situación funcional, encontramos una buena proporción de adultos mayores con dependencia funcional 10,5% pero esta resulta ser menor a los hallados por Mamani¹² (36,4%), Dorantes⁴⁰ (71,2%), y Avila⁵ (12,7%), la depresión puede tener un mayor impacto negativo sobre la situación funcional que las enfermedades crónicas, pero a diferencia de estas, el curso de la depresión es relativamente más fácil de modificar y se puede evitar o retrasar la aparición de la dependencia y sus consecuencias.

En cuanto a depresión y apoyo social, observamos que la percepción de bajo apoyo social (8,7%) en nuestro estudio resulta ser estadísticamente significativo; similar al reporte de Castro³, Campo²⁷ y Urbina⁸(34,9%) demostrándose la importancia de los vínculos afectivos y el impacto que causa en los adultos mayores una deficiente red de apoyo social. Sabemos que nuestra sociedad concede un menor apoyo social a los adultos mayores que a otros grupos de edad, lo que puede provocar un aumento del stress social y por lo tanto causar sintomatología depresiva.

Con respecto al papel de la familia y depresión, observamos en nuestro estudio asociación entre familia disfuncional y depresión (8,8%) lo cual resulta ser estadísticamente significativo similar a los estudios hechos por Castro³, Márquez⁴⁰ (73,6%) y Tuesca²³ (43,9%). Al parecer el tener una mala dinámica familiar incide de forma negativa en la salud del adulto mayor.

Varios estudios muestran que aquellos adultos mayores que mantienen un contacto cercano y frecuente con sus familiares presentan un menor número de síntomas depresivos.

CONCLUSIONES:

- La prevalencia de depresión en los adultos mayores del CAM EsSalud - Tacna fue de 22,1%.
- Tras aplicar la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, los niveles de depresión que se encontraron fueron: 77,9% normal; 15,7% depresión leve, y un 6,4% depresión establecida.
- La edad promedio de los adultos mayores del CAM EsSalud – Tacna fue de 69,3 +/- 7,4 años. El 66,9% de los adultos mayores son del sexo femenino; 34,9% tiene grado de instrucción secundaria, el 57 % de los adultos mayores son casados y el 44,8% de los adultos mayores pertenecen al NSE C.
- No se encontró relación estadísticamente significativa entre Depresión con la edad ($p= 0,979$), sexo ($p= 0,178$), estado civil ($p= 0,340$), y el nivel Socioeconómico ($p = 0,207$)
- La depresión y el grado de instrucción estuvieron relacionados estadísticamente significativas ($p= 0,002$)
- La depresión y la situación funcional estuvieron relacionadas estadísticamente significativas ($p = 0,012$)
- La depresión y el apoyo social estuvieron relacionadas estadísticamente significativas ($p= 0,034$)
- La depresión y la dinámica familiar estuvieron relacionadas estadísticamente significativas ($p=0,012$)

RECOMENDACIONES:

- Realizar evaluaciones periódicas a través de instrumentos de detección de síntomas depresivos, a los adultos mayores del CAM EsSalud - Tacna para identificar casos de depresión.
- Realizar estudios longitudinales tipo cohorte en este grupo de adultos mayores para poder establecer una relación temporal entre la exposición de estos factores y la depresión.
- Promover la participación del adulto mayor y su familia para mejorar su función familiar y falta de apoyo social.
- Realizar estudios comparativos sobre depresión y otros factores asociados en otras realidades, con la finalidad de contribuir a la reducida bibliografía en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Hoyle M Trinidad, Valenzuela A Eduardo, Marín L Pedro. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de Escala de Depresión Geriátrica. Rev Méd Chile 2000; 128 (11)
- 2) Ministerio de la mujer y desarrollo social. Dirección de personas adultas mayores. Plan Nacional Para las Personas Adultas Mayores 2006 – 2010. Disponible en URL:
http://www.mimdes.gob.pe/dipam/docs/plan_nac_PAM2006_2010.pdf
- 3) Castro Lizárraga M, Ramírez Zamora S, Aguilar morales L, Díaz de Anda V. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. Rev Neurol, Neurocir Psiquiat 2006; 39 (4): 132 – 137.
- 4) Tuesca Molina R, Fierro Herrera N, Molinares Sosa A, Oviedo Martínez F, Polo Arjona Y, Polo Cueto J et. al. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia. Rev Esp Salud Pública 2003; 77(5): 595 – 604.
- 5) Ávila Funes J A, Melano Carranza E, Payette H, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud Pública Méx 2007; 49 (5):367-375.
- 6) Martínez Mendoza J, Martínez Ordaz V, Esquivel Molina C, Velasco Rodríguez V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med IMSS 2007; 45(1):21-28.
- 7) Patiño V F, Cardona A D. Depresión en un grupo de jubilados participantes en Programas de actividad Física y/o asociaciones de la universidad de Antioquia, Medellín 2005. Invest educ enferm 2007; 25(1).
- 8) Urbina Torija J, Flores Mayor J, García Salazar M, Torres Buisán L, Torrubias Fernández R. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit 2007; 21(1):37- 42.
- 9) De la Torre Maslucan J, Shimabukuro Maeki R, Varela Pinedo L, Kruger Malpartida H, Huayanay Falconí L, Cieza Zevallos et. al. Validación de la

- versión reducida de la escala de Depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Acta Méd Peruana 2006; 23(3):144 -147.
- 10) Instituto Especializado de Salud mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Anales de Salud mental 2002; 18(1 y 2).
 - 11) Varela pinedo L, Chávez Jimeno H, Gálvez Cano M, Méndez Silva F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su Hospitalización a nivel nacional. Rev Méd Hered 2005; 16(3): 165 – 169.
 - 12) Mamani Tapia Lucía. Valoración del Estado funcional de los socios del CAM EsSalud Tacna 2003. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Tacna Perú: Universidad Privada de Tacna; 2003.
 - 13) Marín Larraín P. Envejecimiento Biológico. Manual de Geriatría y Gerontología 2000; [7 páginas]. Disponible en URL:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejeBiologico.pdf>
 - 14) Villanueva Egan LA. Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. Rev. Hosp. Gral. Dr M Gea Gonzales 2000; 3 (3):107 – 114.
 - 15) Aguilar Navarro S, Ávila Funes J. La depresión: Particularidades Clínicas y Consecuencias en el adulto mayor. Gac Méd Méx 2007; 143(2):141-148.
 - 16) Toro Greiffenstein RJ, Yepes Roldán LE. Fundamentos de Medicina Psiquiatría. Medellín Colombia: Editorial Corporación para investigaciones biológicas; 2004. p. 153-155
 - 17) Ministerio de sanidad y Consumo. Guía de práctica Clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto.2008; [126 páginas]. Disponible en URL:
<http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/GPC%20sobre%20Depresion%20en%20Adultos.pdf>
 - 18) Martínez De La Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del Cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión

- en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM 2002; 12 (10): 620 - 630.
- 19) Lara Muñoz M. Evaluación clínica en Psiquiatría.2003; [92 páginas].
Disponible en URL:
http://webadmin.pfizer.com.mx/files/crossContent/ccFile_137.pdf
- 20) Zarragoita Alonso I. La Depresión en la tercera edad.2004; [12 páginas].
Disponible en URL:
http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD091_Zarragoita.pdf
- 21) Barcia D, Alcántara AG. Depresión en el anciano. Aspectos etiológicos y Clínicos. Actas españolas de Psiquiatría 2000; 28(7): 3 - 9.
- 22) Martín Pérez C. Prevalencia y atención a los trastornos mentales en una comunidad rural. [Tesis doctoral] Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2005. Disponible en
URL:<http://hera.ugr.es/tesisugr/15472917.pdf>
- 23) Ministerio de la Protección social. Fundación FES social. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003. Disponible en URL:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo14822DocumentNo1466.PDF>
- 24) Geronto geriatría on line. Depresión en los ancianos. Disponible en URL:
http://www.gerontogeriatría.org.ar/pdf/depresion_en_el_anciano.pdf
- 25) Fernández Brañas S, Almuiña Gümes M, Chil Oscar A, Mesa Blanca B. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. Rev Cubana Hig Epidemiol 2001; 39(2): 77 – 81.
- 26) González de la Puente M. Edad avanzada y enfermos pluripatológicos. Boletín de la sociedad Española de medicina Interna 2006; 3 (11). 1 - 19.
- 27) Campo Arias A. Curso y pronóstico de la depresión en ancianos. Revista MEDUNAB 2001; 4(12): 161 – 165.
- 28) Navarro A.B. y B. Bueno. Efectos del sexo, el nivel educativo y el nivel económico en el afrontamiento de los problemas en personas muy

- mayores. Revista Española de Geriátría y Gerontología. 2005; 40(1): 34 – 43.
- 29) Martínez PC, Flores Lozano J, Ancizu I, Valdes CA, Cándenas J. Repercusiones psicológicas y sociales de la prejubilación. *Psicotherma*. 2003; 15(1): 49 – 53.
- 30) Gómez Restrepo C, Bohorquez A, Pinto masis D, Gil Laverde J, Rondón Sepúlveda M, Díaz Granados N. Prevalencia de Depresión y factores asociados con ella en la población Colombiana. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 16(6): 378 – 386.
- 31) Polit Denise F, Hungler Bernadette P. Investigación científica en ciencias de la Salud. 5ª ed. México: McGraw – Hill Interamericana; 1997. p.238 - 239.
- 32) Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki sobre principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Escocia; 2000. Disponible en URL: <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsink.htm>
- 33) Salomé Gamarra P. Atención del anciano en el centro del adulto mayor EsSalud Tacna 2002. [Tesis para optar el título de médico especialista en Geriátría]. Lima Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2003.
- 34) Márquez Cardoso E, Soriano Soto S, García Hernández A, Falcón García M. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Atención primaria*. 2005; 36(6):345 – 346.
- 35) Hernández Zamora. Ocurrencia de Trastornos depresivos en una población de jubilados. México; 2002. Disponible en URL: <http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/jubilados.html>
- 36) Adimark. El nivel socioeconómico ESOMAR. Manual de aplicación. 2000; [8 páginas]. Disponible en URL: <http://www.microweb.cl/idm/documentos/ESOMAR.pdf>
- 37) Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Lardelli P. Validez y Fiabilidad del cuestionario de Apoyo social funcional Duke - Unc-11. *Atención primaria* 1996; 18(4): 153 – 163.

- 38) Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Lardelli P. Validez y Fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar. Atención primaria 1996; 18(4): 289 – 296.
- 39) Varela Pinedo LF. Valoración geriátrica integral. Diagnostico 2003; 42(2) Disponible en URL:
<http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/38-42.html>
- 40) Dorantes Mendoza G, Ávila Funes JA, Mejía Arango S, Gutiérrez Robledo L. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del estudio nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Pública 2007; 22(1):1-9.

ANEXO 1

El método de evaluación socioeconómico ESOMAR³⁶

1. Educación del principal sostenedor del hogar.

¿Cuál es el nivel de educación que alcanzo la persona que aporta el ingreso principal de su hogar?

- a) Educación básica incompleta o inferior.
- b) Básica completa.
- c) Media incompleta.(incluyendo Media técnica).
- d) Media completa. Técnica incompleta
- e) Universitaria incompleta. Técnica completa.
- f) Universitaria completa.
- g) Post grado (Máster, Doctor).

2. Categoría ocupacional del principal sostenedor del hogar.

¿Cuál es la profesión o trabajo de la persona que aporta el principal ingreso de su hogar?

- a) Trabajos menores ocasionales e informales (lavado, aseo, servicio domestico ocasional, cuidador de autos, limosna).
- b) Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio domestico con contrato.
- c) Obrero calificado, capataz microempresario (kiosco, taxi, comercio menor, ambulante).
- d) Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesión independiente de carreras técnicas (contador, analista de sistemas, diseñador, músico).profesor primario o secundario.
- e) Ejecutivo medio (gerente, subgerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carreras tradicionales (abogado, medico, arquitecto, ingeniero, agrónomo).

- f) Alto ejecutivo (gerente general) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio.

La batería de bienes: se aplicara en aquellos casos en que el principal sostenedor del hogar no esté económicamente activo, no es posible aplicar la matriz de clasificación socioeconómica principalmente esto se da en el caso de jubilados y desempleados.

Para estos casos se utiliza la matriz de bienes. Esto es un conjunto de 6 bienes, cuya presencia o ausencia en el hogar determina el nivel socioeconómico, se asigna un punto por cada bien:

- Automóvil.
- Computador.
- Horno microonda.
- Cámara de video filmadora.
- Califont u otro sistema de ducha caliente.
- Servicio de TV cable.

La forma de aplicar la batería de puntos es como sigue:

- 0 puntos = E
- 1 – 2 puntos = D
- 3 – 5 puntos = C
- 6 puntos = B

Matriz de clasificación socioeconómica

	1. Trabajos menores ocasionales e informales (lavado, aseo, servicio doméstico ocasional, cuidador de autos, limosna).	2. Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato.	3. Obrero calificado, capataz, microempresario (kiosco, taxi, comercio menor, ambulante)	4. Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesional independiente de carreras técnicas (contador, analista de sistemas, diseñador, músico). Profesor Primario o Secundario	5. Ejecutivo medio (gerente, subgerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carreras tradicionales (abogado, médico, arquitecto, ingeniero, agrónomo).	6. Alto ejecutivo (gerente general) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio.
1. Básica incompleta o menos	E	E	D	C	C	C
2. Básica completa	E	D	D	C	C	C
3. Media incompleta. Media técnica completa (liceo industrial o comercial)	D	D	D	C	C	C
4. Media completa. Superior técnica incompleta (instituto)	D	D	C	C	C	B
5. Universitaria incompleta. Superior técnica completa (Instituto)	C	C	C	C	C	B
6. Universitaria completa	C	C	C	C	B	A
7. Post grado (máster, doctorado o equivalente)	C	C	C	C	A	A

ANEXO 2

CUESTIONARIO DUKE – UNC³⁷

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

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

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

Apoyo social normal ≥ 32 puntos

Apoyo social bajo < 32 puntos

Anexo 3
Cuestionario de Función Familiar APGAR³⁸

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?
2. ¿conversan entre ustedes los problemas que tiene en casa?
3. ¿las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?
4. ¿está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?
5. ¿siente que su familia le quiere?

Opciones de respuesta de los ítems

Casi nunca (0)

a veces(1)

casi siempre (2)

Cuestionario que valora de manera Politémico la función familiar

Disfunción grave: 0 – 3 puntos

Disfunción leve: 4 – 6 puntos

Familia funcional: 7 – 10 puntos

ANEXO 4

VALORACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL

ÍNDICE DE KATZ³⁹

ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
LAVARSE	No recibe ayuda, entra y sale solo de la bañera. Recibe ayuda para una parte del cuerpo	Recibe ayuda para más de una parte del cuerpo
VESTIRSE	Se viste solo sin ayuda, solo le amarran los zapatos	Recibe ayuda para coger la ropa o permanece sin vestirse solo
IR AL BAÑO	Va solo a los servicios higiénicos, realiza la limpieza íntima, solo(aunque use bastón o silla de ruedas)	Necesita ayuda para ir al retrete, para limpiarse o para orinar de noche.
MOVILIZARSE	Entra y sale de la cama sin ayuda.se sienta y se levanta de una silla solo	Necesita ayuda para levantarse y acostarse para sentarse y levantarse. No se levanta de la cama
CONTINENCIA	Controla los esfínteres completamente	Incontinencia total o parcial
ALIMENTARSE	Come sin ayuda. Solo necesita ayuda para cortar o untar el pan	Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o totalmente

Escala que valora de manera dicotómica (dependiente Independiente) 6 actividades básicas de la vida diaria: lavarse, vestirse, ir al baño, movilizarse, continencia y alimentarse. Se establecen 3 niveles según los ítems de dependencia.

Independiente : ningún ítem de dependencia.

Dependiente parcial : 1 a 5 ítems de dependencia.

Dependiente total : 6 ítems de dependencia.

Anexo 5

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE “YESAVAGE” (versión reducida)³⁹

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

Cuestionario de 15 ítems con respuestas dicotómicas (si / no). Las respuestas en negrita indican depresión. Se asigna un punto por cada respuesta en negrita. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems con un rango de 0 a 15. Aceptándose los siguientes puntos de corte.

Normal : 0 a 5 puntos

Depresión leve : 6 a 9 puntos

Depresión establecida : > 9 puntos.

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con el presente documento se pretende solicitar a usted su participación en un estudio donde se desea conocer los **Factores asociados a Depresión en el centro del adulto mayor EsSalud Tacna 2008** con el propósito de reformular las estrategias encaminadas hacia un envejecimiento saludable dentro del CAM. Solo se le solicita que responda una encuesta con preguntas relacionadas con síntomas de depresión y aspectos demográficos (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, nivel socioeconómico), situación funcional, función familiar y apoyo social. Con esta investigación no se busca ningún beneficio económico para el investigador ni para la Universidad de Tacna, las bases de datos solo serán utilizadas con fines investigativos y serán manipulados solamente por el investigador.

Agradecemos su colaboración.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.

EDAD	GRADO DE INSTRUCCION	SEXO	ESTADO CIVIL
1)60 a 64 años ()	1)Analfabeto ()	1)Masculino ()	1)Soltero ()
2)65 a 69 años ()	2)Primaria ()	2)Femenino ()	2)Casado ()
3)70 a 74 años ()	3)Secundaria ()		3)Viudo ()
4)75 a 79 años ()	4)Superior ()		4)Divorciado ()
5)80 a mas años ()			5)Separado ()

2. NSE ESOMAR

En el presente cuadro será ayudado por el entrevistador:

	1. Trabajos menores ocasionales e informales (lavado, aseo, servicio doméstico ocasional, cuidador de autos, limosna).	2. Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato.	3. Obrero calificado, capataz, microempresario (kiosco, taxi, comercio menor, ambulante)	4. Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesional independiente de carreras técnicas (contador, analista de sistemas, diseñador, músico). Profesor Primario o Secundario	5. Ejecutivo medio (gerente, subgerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carreras tradicionales (abogado, médico, arquitecto, ingeniero, agrónomo).	6. Alto ejecutivo (gerente general) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio.
1. Básica incompleta o menos	E	E	D	CB	CB	CA
2. Básica completa	E	D	D	CB	CB	CA
3. Media incompleta. Media técnica completa (liceo industrial o comercial)	D	D	D	CB	CA	CA
4. Media completa. Superior técnica incompleta (instituto)	D	D	CB	CB	CA	B
5. Universitaria incompleta. Superior técnica completa (Instituto)	CB	CB	CA	CA	CA	B
6. Universitaria completa	CB	CB	CA	CA	B	A
7. Post grado (máster, doctorado o equivalente)	CB	CB	CA	CA	A	A

EN EL CASO DE SER JUBILADO O DESEMPLEADO APLICAR LA BATERIA DE BIENES:

- Automóvil ()
- Computadora ()
- Horno microonda ()
- Cámara de video filmadora ()
- Califont u otro sistema de ducha caliente ()
- Servicio de TV cable ()

3. INDICE DE KATZ PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Para cada una de las actividades marque con una X las respuestas que reflejen sus actividades que realiza durante su vida diaria

ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
LAVARSE	No recibe ayuda, entra y sale solo de la bañera. Recibe ayuda para una parte del cuerpo	Recibe ayuda para más de una parte del cuerpo
VESTIRSE	Se viste solo sin ayuda, solo le amarran los zapatos	Recibe ayuda para coger la ropa o permanece sin vestirse solo
IR AL BAÑO	Va solo a los servicios higiénicos, realiza la limpieza intima, solo(aunque use bastón o silla de ruedas)	Necesita ayuda para ir al retrete, para limpiarse o para orinar de noche.
MOVILIZARSE	Entra y sale de la cama sin ayuda.se sienta y se levanta de una silla solo	Necesita ayuda para levantarse y acostarse para sentarse y levantarse. No se levanta de la cama
CONTINENCIA	Controla los esfínteres completamente	Incontinencia total o parcial
ALIMENTARSE	Come sin ayuda. Solo necesita ayuda para cortar o untar el pan	Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o totalmente

4. En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Marque con una X la respuesta que mejor refleje su situación personal.

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibo visitas de amigos y familiares					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4. Cuento con personas que se preocupan de 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 la cama					

5. Marque con una X la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas?			
2. ¿Conversan entre ustedes de los problemas que tienen en casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
5. ¿Siente que su familia le quiere?			

6. Marque con una X la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

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

Gracias por su colaboración

